



Molise

PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2021-2025



CAPITOLO 1 Quadro generale del PRP	3
1.1 Presentazione del PRP.....	3
1.2 Sintesi del Profilo di salute ed equità ed Analisi di contesto	6
CAPITOLO 2 Struttura del PRP	19
2.1 Elenco dei Programmi Predefiniti e Liberi del PRP	19
2.2 Tabella sinottica Obiettivi Strategici/Programmi.....	20
2.3 Tabella Azioni per programma	32
CAPITOLO 3 Programmi Predefiniti.....	35
3.1 PP01 Scuole che promuovono Salute	35
3.2 PP02 Comunità attive.....	80
3.3 PP03 Luoghi di lavoro che promuovono salute.....	122
3.4 PP04 Dipendenze.....	158
3.5 PP05 Sicurezza negli ambienti di vita	177
3.6 PP06 Piano mirato di prevenzione	196
3.7 PP07 Prevenzione in edilizia e agricoltura.....	228
3.8 PP08 Prevenzione del rischio cancerogeno professionale, delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico e del rischio stress correlato al lavoro	253
3.9 PP09 Ambiente,clima e salute.....	296
3.10 PP10 Misure per il contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza	330
CAPITOLO 4 Programmi Liberi.....	347
4.1 PL11 Screening oncologici	347
4.2 PL12 Primi 1000 giorni	370
.....	371
.....	371
.....	372
.....	372
.....	372
.....	373
.....	373
.....	373
.....	374
.....	375
4.3 PL13 Alimentare la salute.....	396
4.4 PL14 Integrazione calendario per la vita	427
APPENDICE 1 ALLEGATI	438
APPENDICE 2 TABELLE DI SINTESI PER IL MONITORAGGIO DEI PP E DEI PL	439



CAPITOLO 1 Quadro generale del PRP

1.1 Presentazione del PRP

La Regione Molise con DCA n. 24 del 22 aprile 2015 ha approvato il documento «PIANO NAZIONALE PER LA PREVENZIONE 2014-2018 (Intesa 13 novembre 2014 Rep. Atti 156/CSR) e le seguenti linee programmatiche ivi declinate:

- 1) Screening oncologici: della mammella, del colon retto, della cervice uterina;
- 2) La prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili e le azioni in favore dei malati cronici;
- 3) Screening audiologico ed oftalmologico neonatale;
- 4) Scuola, salute e benessere;
- 5) Prevenzione delle dipendenze;
- 6) Prevenzione degli incidenti stradali;
- 7) Prevenzione degli incidenti domestici;
- 8) Infortuni sul lavoro e malattie professionali;
- 9) Salute e Ambiente;
- 10) Prevenzione e sorveglianza delle malattie infettive;
- 11) Sicurezza alimentare e Sanità pubblica veterinaria;
- 12) Prevenzione del randagismo.

Successivamente, in esito alla prevista fase di interlocuzione con il Ministero della Salute, il Molise approvava in via definitiva il proprio piano regionale della prevenzione 2014-2018 con DCA n. 44 del 30 giugno 2016.

Per la definizione dei contenuti delle azioni previste e la loro conseguente attuazione la Regione ha avviato partnership con vari stakeholders valorizzando il ruolo delle Associazioni di volontariato e coinvolgendo Università, ARPA Molise, IZS Abruzzo e Molise e l'Acì Campobasso.

Il progressivo acuirsi del sottodimensionamento delle Unità operative dell'unica azienda sanitaria regionale indotto sia dal blocco del turnover connesso alle esigenze di ripianamento del disavanzo sanitario sia dalla non soddisfacente partecipazione ai concorsi implementati dall'Azienda ha creato situazioni di obiettiva difficoltà nella gestione di iniziative impostate nell'ottica della prevenzione delle malattie atteso che contesti emergenziali conducono fatalmente a preferire aspetti più propriamente di cura.

L'emergenza pandemica COVID-19 ha assorbito una parte consistente delle energie e risorse disponibili, mettendo in luce diversi aspetti di debolezza del sistema sanitario regionale, soprattutto nell'ambito degli screening oncologici, con una riduzione del 40% di adesione nel periodo gennaio-settembre 2020 (dati Osservatorio Nazionale degli Screening). Difficoltà sono state registrate anche negli interventi programmati nel campo della medicina del lavoro.

Ciò nonostante la Regione ha costantemente conseguito, in ragione degli indicatori sentinella individuati in rapporto alle attività complessivamente previste ed espletate, costante giudizio positivo all'esito della verifica ministeriale annuale.

La Regione Molise, con DCA n. 92 del 2020, ha recepito il Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 (Intesa Stato-Regioni n. 127/CSR del 6/08/2020) facendone propri la visione, i principi, le priorità e la struttura, con l'impegno ad adottarli e tradurli nel nuovo PRP 2020-2025. Nel contempo è stato avviato il percorso di pianificazione del PRP con l'individuazione del gruppo di lavoro e Coordinamento, in parte sovrapponibile a quello del precedente Piano. Tale percorso ha tentato di qualificarsi, laddove possibile,



come partecipato e intersettoriale fin dalle prime mosse. L'attuale Piano 2020-2025 non può che delinearsi, con gli opportuni adeguamenti all'attuale contesto, quale naturale prosecuzione degli interventi del precedente piano la cui validità è confermata dai dati epidemiologici di riferimento.

Nel precedente PRP 2014-2018 l'approccio generale delle politiche e dei programmi per il contrasto alle disuguaglianze è stato quello di realizzare interventi diretti a target 'specifici', mirati al miglioramento delle condizioni di salute dei gruppi più svantaggiati/deprivati, senza un preciso riferimento alla riduzione delle disuguaglianze di salute. In tal senso sono stati realizzati programmi formativi rivolti agli operatori sanitari per implementare l'offerta dell'avviso motivazionale breve per facilitare e sostenere il cambiamento di stili di vita non salutari nel setting sanitario e indirizzati a gruppi di popolazione come i diabetici, gli ipertesi, pazienti oncologici, ecc.. con l'obiettivo di migliorare il loro stato di salute. Sono stati realizzati programmi d'intervento nel setting scuola volti a implementare la rete di Scuole che Promuovono Salute. Sono stati svolti anche interventi rivolti alla comunità e quindi estesi a tutta la popolazione secondo un approccio universalistico (stessa offerta a tutti) di comunicazione sui temi di Guadagnare Salute e di promozione dell'attività motoria con l'attivazione di percorsi comunali ed intercomunali di nordic walking. Queste azioni sono state facilitate dalla costruzione di reti e alleanze anche con partner extra sanitari come le amministrazioni comunali, le scuole e associazioni come la LILT.

Per riorientare le azioni in funzione del PRP 2020-2025, nel 2021 è stata adottata la programmazione del nuovo Piano regionale di prevenzione a partire dal profilo di salute e di equità del Piano e dei singoli programmi. Il profilo del Molise, mostra che ci sono molte dimensioni di svantaggio sociale e di salute distribuite in modo eterogeneo nel territorio regionale, dando luogo ad una geografia che potrebbe essere usata per ripensare l'allocazione delle risorse e degli interventi dei programmi di prevenzione. Dopo le prime riunioni informali del Coordinamento regionale della prevenzione (maggio/giugno 2021) è stata condivisa la scelta dei programmi liberi ed è stato dato mandato ai referenti di avviare l'analisi degli obiettivi PNP e dei risultati del PRP e dei PLP per definire obiettivi, strategie e azioni del nuovo Piano regionale 2020-2025, anche mediante un primo coinvolgimento degli stakeholder di riferimento. Considerata la rilevanza del tema del contrasto delle disuguaglianze nel PNP, sono stati promossi momenti formativi regionali, in aggiunta a quelli offerti a livello nazionale. Sono stati identificati gli obiettivi prioritari, le azioni regionali e locali, gli indicatori di monitoraggio e relativi standard sostenibili nella situazione condizionata dalla pandemia. Molta importanza è stata data alla creazione/preparazione di adeguate condizioni organizzative in grado di sostenere le azioni previste e i risultati attesi dal nuovo PNP. Si è proceduto a revisionare e sintetizzare i dati disponibili a livello regionale (fonti Istat e fonti Passi ecc..) sulle disuguaglianze di esposizione ai fattori di rischio pertinenti ai setting considerati ed elaborare stime dei rischi attribuibili per l'esposizione e, dove possibile, per la mortalità, alle disuguaglianze per questi fattori di rischio nell'elaborazione dell'intero PRP e dei singoli programmi.

Il principale problema in Molise in tema di sanità Pubblica è rappresentato dal peso epidemiologico, sociale ed economico delle malattie croniche, destinato ad aggravarsi in ragione dell'innalzamento dell'età media della popolazione molisana che, secondo i dati ISTAT relativi al 2019 ha raggiunto il valore di 46,8 anni (media nazionale 45,4), rendendo il Molise la seconda regione più anziana d'Italia dopo la Liguria.

La problematica è stata affrontata dai precedenti Piani Regionali della Prevenzione 2010-2013 e 2014-2019 sia pure con diversa impostazione.

Il PRP 2010-2013 ha sviluppato in prevalenza programmi di prevenzione secondaria e terziaria: medicina predittiva, prevenzione rivolta a gruppi di popolazione a rischio, prevenzione delle complicanze e recidive di malattia: es. «Progetto CUORE – Applicazione della carta del rischio cardiovascolare», diagnosi precoce del



diabete nell'ambito del "Piano per la Malattia diabetica", progetto "RE.MOL.IC." per la costruzione di una REte MOLisana dell'Ictus Cerebrale.

Il Piano 2014-2018 ha, invece, affrontato la problematica con un approccio basato prevalentemente sulla prevenzione primaria e sui principi di Guadagnare Salute. Nel 2020-2025 il PRP prevede l'implementazione di programmi trasversali che impattino sui fattori di protezione per un invecchiamento in buona salute e con ridotto carico di malattia e disabilità (empowerment individuale e dei caregiver, stili e ambienti di vita, condizioni e risorse sociali, rete di sostegno e di assistenza, etc.) nell'ambito del MO1.

Nell'identificazione dei programmi liberi ci si è orientati verso scelte considerate sostenibili e promettenti nella realtà organizzativa molisana. Sono stati quindi identificati programmi liberi orientati ai setting e/o ai temi di salute ritenuti particolarmente rilevanti per la Regione Molise quali la "Promozione della salute nei primi mille giorni" gli "Screening oncologici" e la correlazione tra "Alimenti e salute".

Il programma "Primi mille giorni" si pone in continuità con azioni già avviate nel precedente PRP, pur in assenza di un programma dedicato, e utilizza i risultati di indagini e sorveglianze che forniscono informazioni preziose per indirizzare gli interventi e razionalizzare gli sforzi; saranno coinvolti nei lavori diverse discipline (non solo mediche) e altri settori, quali il welfare, per costruire un approccio intersettoriale e partecipato.

Il programma dedicato agli "Screening oncologici" è caratterizzato da obiettivi e procedure chiaramente definiti e un'organizzazione dedicata.

Il programma "Alimenti e salute" rispetto al PRP precedente si pone invece in un'ottica leggermente diversa, in quanto punta all'integrazione di aspetti legati alla sicurezza degli alimenti con quelli nutrizionali, con l'obiettivo di promuovere a vari livelli una dieta sana e sostenibile, attraverso la costruzione di collaborazioni intersettoriali con i soggetti che intervengono lungo tutta la filiera agroalimentare.

1.2 Sintesi del Profilo di salute ed equità ed Analisi di contesto

Sintesi del Profilo di salute ed equità

Sintesi profilo di salute ed equità

L'Italia è tra i Paesi al mondo con l'aspettativa di vita più elevata in entrambi i sessi. Il Molise presenta valori (83) quasi identici a quelli nazionali (83.2). Nel 2019, un bambino nato in Molise può contare su un'attesa di vita di 80,4 anni, una bambina di 85,7.

In base al Rapporto MEV 2020-2021, nell'ultimo decennio in Italia i decessi entro i 74 anni sono andati sensibilmente diminuendo, passando da circa 170.000 del 2011 ai 154.000 casi nel 2019. Nel 2020, a livello nazionale, il numero di morti della stessa fascia di età è stato di 176.000, 22.000 in più dell'analogo dato del 2019 dei quali il 90% ultra60enni. Dall'analisi per genere si nota come la predominanza di mortalità maschile rispetto a quella femminile sia ulteriormente accentuata: dal 2019 al 2020 i decessi maschili sono passati da meno di 96.000 a quasi 112.000, quelli femminili da 58.000 a 64.000 circa. In termini di tasso standardizzato l'aumento rilevato sul totale equivale a +13%.

Facendo riferimento alla banca dati.istat.it nel periodo di osservazione 2009-2018, in Molise la riduzione del tasso standardizzato di mortalità (per 10.000 abitanti) è evidente soprattutto nel genere femminile: meno 13% (in Italia meno 13%), mentre per i maschi si è avuta una riduzione del 9%, minore rispetto al dato nazionale (in Italia meno 18%).

Nel 2018, in entrambi i sessi la mortalità per tumore è più bassa (22.33) rispetto al dato nazionale (24.71), ma simile al valore che si registra nel Sud Italia. Più alta è la mortalità in Molise per le malattie cardiovascolari: 32.17, superiore al dato nazionale che è 28.08.

Malattie croniche

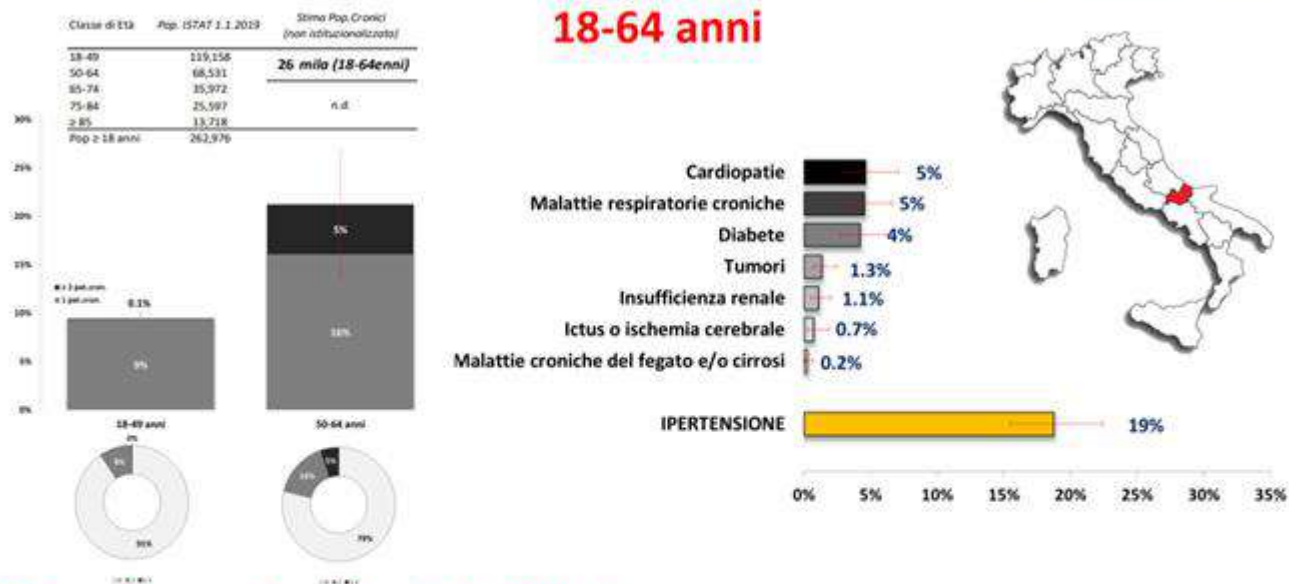
Grazie ai dati PASSI e PASSI d'Argento è possibile, a livello regionale mettere a fuoco alcune delle informazioni sulla prevalenza delle principali patologie croniche (riferite come diagnosi mediche ricevute), la prevalenza di policronicità, cogliendo differenze di genere, età e caratteristiche socioeconomiche, indicatori utili a definire il profilo di salute della popolazione dai 18 anni in su. Allo stesso modo è possibile stimare la prevalenza dei fattori di rischio comportamentali ad esse associati come fumo, alcol, sovrappeso e obesità, sedentarietà o condizioni cliniche quali ipertensione. I dati epidemiologici mostrano una regione longeva ma con una quota rilevante di anziani con patologie croniche e policronicità che accresce la loro vulnerabilità a eventi avversi alla salute. Su una popolazione residente in Molise di 262,976 persone con più di 18 anni di età, si può stimare che oltre 26.000 di persone convivano con una patologia cronica. Le differenze di genere vedono le donne meno esposte degli uomini ai danni di fumo e alcol e anche a obesità.

È questo il contesto in cui si è diffusa l'epidemia da SARS-Cov-2, che ha messo in evidenza come la diffusione dell'infezione abbia determinato conseguenze sfavorevoli, particolarmente disuguali sia in termini di ricoveri ma, verosimilmente, anche in termini di mortalità (come si valuterà in futuro) soprattutto a carico dei soggetti clinicamente più suscettibili e socialmente più vulnerabili (anziani, malati cronici, persone distanti dai luoghi di cura ecc.), con numerosi fattori di stress che hanno potenziato le condizioni di fragilità. Sostanziali differenze si evidenziano nell'insorgenza, nelle manifestazioni cliniche e negli esiti, in funzione dell'età, del genere (uomini,

donne) e della presenza di patologie croniche. pregresse fra i soggetti che contraggono l'infezione da SARS-CoV-19.

Patologie Croniche riferite nella popolazione residente in MOLISE

PASSI 2015-2018 Prevalenze e relativi IC95%



La riduzione della mortalità per malattie dell'apparato circolatorio (un fenomeno che prosegue ormai da decenni) spiega in larga misura la riduzione della mortalità generale; in Molise, tra il 2009 e il 2018, per le malattie circolatorie il tasso standardizzato di mortalità si è ridotto di circa il 16% sia tra gli uomini sia tra le donne.

Il secondo grande gruppo di cause, che costituiscono meno di un terzo dei decessi, sono i tumori. Nel periodo 2009-2018 il tasso standardizzato di mortalità per tumori (per 10.000 abitanti) si è ridotto del 6%, inferiore al dato nazionale (12%) (banca dati.istat.it).

Anche la mortalità per malattie polmonari croniche (terza causa di morte dopo patologie dell'apparato circolatorio e tumori) si è progressivamente ridotta, pur con alcune oscillazioni, nel corso degli ultimi 30 anni. Nella seconda metà degli anni '10, tuttavia, si osserva una risalita dei tassi, che coinvolge tutte le regioni italiane. Nel Molise il tasso standardizzato di mortalità (per 10.000 abitanti), è salito da 5.7 (2009) a 5.92 (2018), meno rispetto alla media nazionale (6.6 del 2018).

Nel caso della mortalità generale si osservano differenze sociali a sfavore dei gruppi più svantaggiati. I dati riportati dall'Atlante italiano delle disuguaglianze di mortalità per livello di



istruzione indicano come, in Molise, il rischio di morte nella fascia di età 30-89 anni sia del 46% superiore tra gli uomini con basso titolo di studio, rispetto a quanti hanno una licenza superiore o laurea; tra le donne l'incremento di rischio tra persone con basso verso alto titolo di studio è del 28%. In entrambi i sessi, si tratta di un gradiente sociale sovrapponibile a quello medio italiano. Considerando gli anni di vita persi, un indicatore che tiene conto della mortalità prematura, le differenze sociali si accrescono: gli uomini molisani con basso titolo di studio hanno un tasso di anni di vita persi superiore del 82% a quanti hanno un titolo di studio elevato; nelle donne, invece, la differenza è del 40%.

Non tutte le cause di morte presentano la stessa intensità nel gradiente sociale. Nel Molise, tra le più comuni patologie croniche le differenze maggiori si osservano nel caso della BPCO, per la quale il rischio di morte degli uomini con bassa scolarità è tripla rispetto a quello delle persone con alta scolarità, che riflettono differenze nell'abitudine al fumo e a esposizioni professionali. Nel caso delle malattie del sistema circolatorio il rischio di morte degli uomini con bassa scolarità è del 50% superiore rispetto a quello delle persone con alta scolarità in particolare per le malattie ischemiche del cuore e le cerebrovascolari.

Per quanto riguarda il diabete il rischio di mortalità è del 82% superiore tra gli uomini con un basso livello d'istruzione.

Le mappe di mortalità per livello d'istruzione nel genere femminile dicono che in Molise il rischio maggiore si ha nel caso delle malattie cerebrovascolari (60%), malattie dell'apparato respiratorio croniche (47%) e le differenze nelle donne, tra le quali le esposizioni professionali a rischio sono molto meno frequenti. Nelle donne è la mortalità per diabete a evidenziare le differenze maggiori (+87% tra i due estremi), chiamando in causa le differenze sociali nel sovrappeso (e obesità) e sedentarietà.

Incidenti

Il Molise presenta tassi di mortalità da incidenti domestici e stradali superiori al valore nazionale, differenza che si sta riducendo. Nel 2020 si sono verificati in Italia 118.298 incidenti stradali con lesioni a persone; le vittime sono state 2.395 e i feriti 159.249. Rispetto all'anno precedente i morti sulle strade diminuiscono in maniera consistente (-24,5%) così come il numero di incidenti e feriti (rispettivamente -31,3% e -34,0%). Il tasso di mortalità stradale passa da 52,6 a 40,3 morti ogni milione di abitanti tra il 2019 e il 2020. Rispetto al 2010, le vittime della strada diminuiscono del 41,8%.

I tassi di occorrenza di incidenti domestici sono differenziali per fasce di età e genere; anche le modalità di accadimento acquistano peso differente in relazione alle fasce di età, ad esempio negli anziani le cadute rappresentano la causa di quasi la metà degli infortuni mortali occorsi in ambienti di vita; nei bambini acquistano rilievo gli annegamenti (¼ degli infortuni mortali in ambienti di vita); in adolescenti e giovani adulti risulta preponderante la proporzione di incidenti stradali, causa di oltre la metà degli infortuni mortali.

Il rischio di subire traumi risulta differenziale per livello socio-economico, risultando maggiore nei soggetti con minore livello di istruzione o residenti in aree più deprivate. Il gradiente sociale è evidente soprattutto nel genere maschile, per quanto riguarda i ricoveri per traumi nel loro complesso, ma riguarda entrambi i generi analizzando gli incidenti stradali. Non sembrano rilevarsi gradienti sociali nell'incidenza di fratture del femore nella popolazione anziana. Riguardo la mortalità, il gradiente per livello di istruzione risulta meno marcato, e non evidente nel genere femminile.



PROSPETTO 8. MORTI IN INCIDENTI STRADALI NELLE REGIONI ITALIANE. Anni 2010, 2019 e 2020

REGIONE DI EVENTO	Morti (Valori assoluti)			Variazione % 2020/2010 (a)	Tasso di mortalità 2010 (b)	Tasso di mortalità 2020 (b)
	2010	2019	2020			
Piemonte	327	232	182	-44,3	7,5	4,2
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	11	4	0	-100,0	8,7	0,0
Lombardia	565	438	317	-43,9	5,9	3,2
Bolzano/Bozen	30	46	31	+3,3	6,0	5,8
Trento	29	25	25	-13,8	5,6	4,6
Veneto	396	336	229	-42,2	8,2	4,7
Friuli-Venezia Giulia	103	72	47	-54,4	8,4	3,9
Liguria	84	64	59	-29,8	5,3	3,9
Emilia-Romagna	401	352	223	-44,4	9,3	5,0
Toscana	306	209	152	-50,3	8,4	4,1
Umbria	79	51	45	-43,0	9,0	5,2
Marche	109	99	69	-36,7	7,1	4,6
Lazio	450	295	261	-42,0	8,2	4,5
Abruzzo	79	78	59	-25,3	6,0	4,6
Molise	28	28	25	-10,7	8,9	8,4
Campania	254	223	176	-30,7	4,4	3,1
Puglia	292	207	160	-45,2	7,2	4,1
Basilicata	48	29	18	-62,5	8,3	3,3
Calabria	138	104	61	-55,8	7,0	3,2
Sicilia	279	210	161	-42,3	5,6	3,3
Sardegna	106	71	95	-10,4	6,5	5,9
Italia	4.114	3.173	2.395	-41,8	6,9	4,0

(a) La variazione percentuale rispetto al 2010 è stata calcolata con la seguente formula: $(M/M^{2010}-1)*100$ (b) Tasso per 100mila abitanti.

Stili di vita ed esposizione a fattori di rischio comportamentali

Per redigere il profilo di equità del piano sono stati utilizzati gli strumenti (CoEsDi - Contributo all'Esposizione delle Disuguaglianze (dors.it) CoMoDi e CoMoDi - Contributo alla Mortalità delle Disuguaglianze (dors.it) e StraDA https://www.dors.it/strada_catalogo.php). Sono stati così valutati i principali fattori di rischio comportamentali e l'impatto che le disuguaglianze hanno sulla esposizione e sugli esiti di malattia.



Fattore di rischio	CoEsDi			CoMoDi		
	Prevalenza%	PAF%	N. soggetti dis	RA	PAF%	N. morti dis
Alcol abituale	29,3	14,9	8029	7,8	1,9	15
Alcol a rischio	9,4	40,5	6975			
Fumatori	23,2	18,3	7805	21,4	2,7	22
Forti fumatori	6,1	42,1	4721			
Sedentari	64,4	26,2	31048	16,8	4,5	36
No 5 F&V a day	93,5	3,4	5857			
No 3 F&V a day	45,2	24,3	20190	2,2	0,3	2
Poche F&V	19,7	11,6	4172			
Troppe carni	44,1	-3,6	-2953			
Troppi grassi	3,3	-8,1	-501			
Sovrappeso	54,6	17,9	17922	12,8	2,6	21
Obesi	14,0	52,7	13600			

Dall'analisi si evince che nella regione Molise il 64 % della popolazione è esposta alla sedentarietà come fattore di rischio per la salute. Il 26,2 % potrebbero essere risparmiati eliminando le disuguaglianze socioeconomiche. In Molise si avrebbero 31048 persone sedentarie in meno se si annullassero le disuguaglianze.

Il 16,8 % della mortalità delle persone in Molise è spiegato dalla sedentarietà. Eliminando le disuguaglianze nell'esposizione al fattore di rischio, la mortalità delle persone sedentarie in Molise si ridurrebbe del 4,5% passando quindi dal 16,8 al $(16,8 - 4,5) = 12,3\%$. Le disuguaglianze spiegano più di 1/4 della mortalità dovuta alla sedentarietà ($36/133 \times 100 = 27\%$). Si stimano 36 deceduti a causa della sedentarietà.

In Molise è la sedentarietà il principale fattore di rischio su cui agire avendo come obiettivo quello di contrastare le disuguaglianze socio-economiche. Nel genere maschile la sedentarietà è maggiormente prevalente nell'età superiore ai 55 anni, ma le disuguaglianze incidono maggiormente nella fascia d'età tra i 30-44 anni. Nelle donne la sedentarietà è prevalente nella fascia d'età superiore ai 45 anni e le disuguaglianze incidono maggiormente nella fascia d'età 45-54 anni.

Per quanto riguarda il consumo abituale di alcol la prevalenza riguarda essenzialmente la popolazione maschile dove la prevalenza è del 29,3 %, maggiormente nella fascia d'età 45-54 anni. Se si eliminassero le disuguaglianze, si avrebbe una riduzione del 20,7 % della prevalenza. I fumatori abituali maschi sono il 29,8 % con una prevalenza maggiore nella fascia d'età 45-54 anni. Eliminando le disuguaglianze si avrebbe una riduzione del 17,9%. L'impatto delle disuguaglianze è maggiormente evidente nei forti fumatori, che sono il 9,8 % ma mettendo in atto degli interventi di contrasto delle disuguaglianze si avrebbe una riduzione del 52,4%. La



prevalenza delle donne fumatrici è 16.7% con una PAF% (frazione attribuibile alle disuguaglianze) del 19%. Da attenzionare è la fascia d'età 30-44 anni in cui vi è la prevalenza più alta 20%, ma soprattutto il contributo delle disuguaglianze è maggiore (PAF % 35.3).

Percezione dello stato di salute:

Il 76.3% delle persone di età compresa tra 18-69 anni (PASSI) riferiscono di percepire positivamente il proprio stato di salute, che risulta essere superiore al dato nazionale del 71.9%.

Tale percezione è minore nelle persone di età 50-69 anni, nelle donne, nelle persone con Basso livello d'istruzione in difficoltà economiche e in quelle che sono affette da patologie croniche

Il numero totale di giorni in cattiva salute, in Molise sono 5.5 mentre il dato nazionale è di 4.3 giorni.

Infortuni e Malattie professionali:

Nel 2019 sono state rilevate in Molise 1.990 denunce di infortunio corrispondenti allo 0,31% del totale nazionale. Le denunce di infortunio nella regione sono in diminuzione sia in confronto al 2017 (-4,23%), sia al 2018 (-7,05%). A livello nazionale, la diminuzione registrata rispetto al 2017 è dello 0,33%, rispetto al 2018 dello 0,09%. Dal 2017 al 2019 le denunce di infortunio con esito mortale sono diminuite a livello nazionale dello 0,43%, passando da 1.161 a 1.156 (5 casi in meno). Nella regione sono rimaste stabili con 12 casi. Gli infortuni accertati positivi con esito mortale sono stati 7, in aumento rispetto ai 5 casi accertati nel 2017. A livello nazionale si è passati dai 685 casi accertati positivi nel 2017 ai 628 nel 2019 (-57 casi).

In Molise nel 2019 sono state protocollate 197 denunce di malattia professionale, in diminuzione del 9,22% rispetto al 2017 e del 14,35% rispetto al 2018. Il dato è in controtendenza rispetto a quello nazionale che ha registrato un incremento del 5,52% in confronto al 2017 e del 2,93% rispetto al 2018. I casi riconosciuti sono stati 52, pari allo 0,23% del dato nazionale (22.502), in diminuzione del 13,33% rispetto al 2018 (60 riconoscimenti).

Analisi di contesto

L'Istat fotografa diversi aspetti relativi alla situazione sociale ed economica del Molise, quali la composizione della popolazione e delle famiglie, l'utilizzo della strumentazione tecnologica, la struttura economica, il sistema sanitario e assistenziale.

Per i vari ambiti di analisi, vengono messe in risalto le omogeneità e le differenze tra i dati nazionali e quelli regionali.

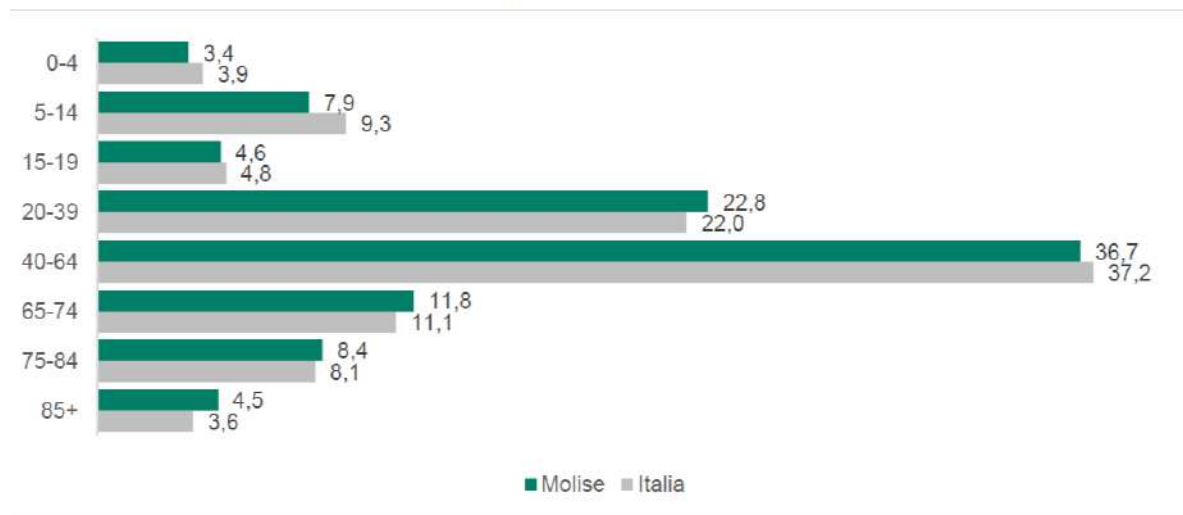
La popolazione residente, nelle sue diverse componenti, costituisce uno dei principali dati a supporto delle politiche di gestione del territorio.

La struttura per età condiziona le diverse tipologie di servizi da offrire alla cittadinanza, dai nidi per l'infanzia alle scuole, dal sistema di protezione sociale ai vari livelli di assistenza per gli anziani.

Le tabelle ISTAT sotto riportate rispecchiano alcuni fattori, come la distribuzione della popolazione sul territorio, la tipologia delle famiglie, il livello d'istruzione e l'utilizzo delle tecnologie come INTERNET, che ha fortemente condizionato il comportamento dei molisani proprio nell'ultimo

periodo legato al COVID-19. Altri fattori di rilievo sono l'indice di povertà, che impatta negativamente sullo stato di salute dei cittadini e l'analisi della principale fonte di reddito per le famiglie molisane, dove il pensionamento e il trasferimento pubblico del sostentamento economico degli individui è superiore al dato nazionale (45.1 vs 38.7).

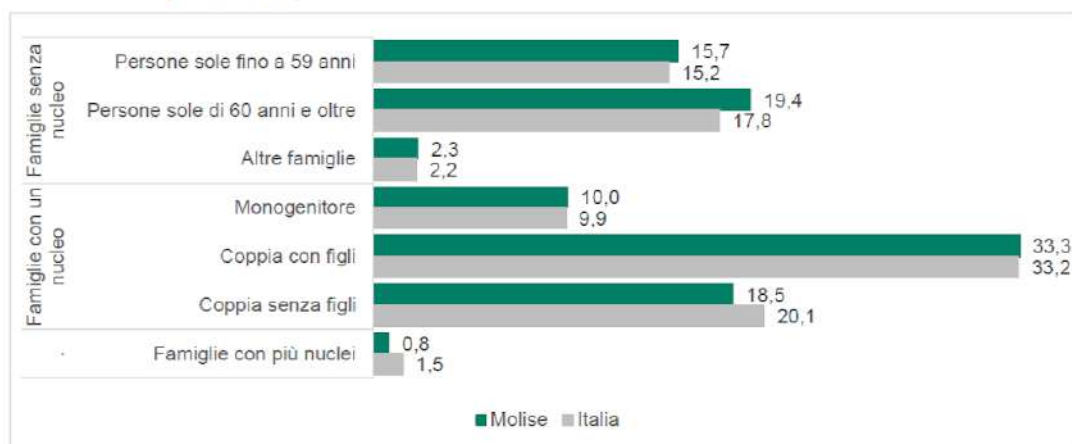
Figura 1. Popolazione residente per classi di età al 1° gennaio (a). Molise e Italia.
Anno 2019 (composizione percentuale)



Fonte: Istat, Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile

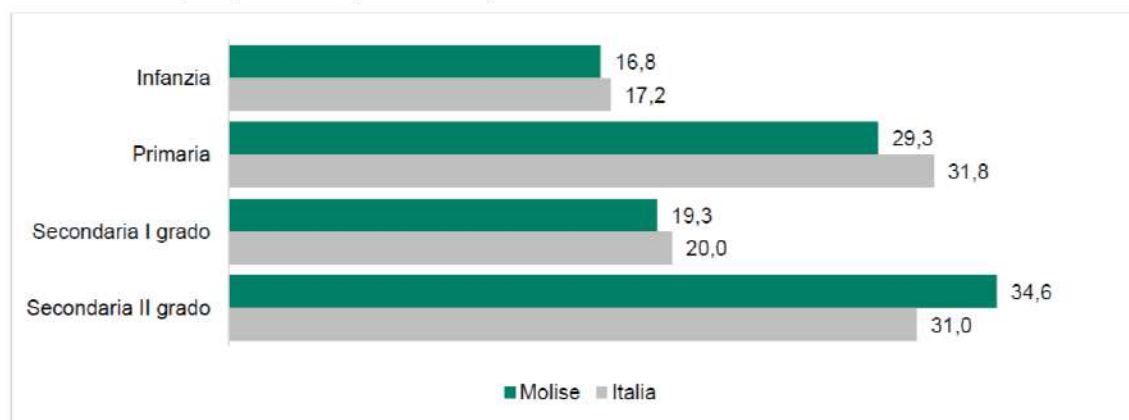
a) Dati provvisori

Figura 4. Famiglie per tipologia. Molise e Italia. Media anni 2017-2018 (composizione percentuale)



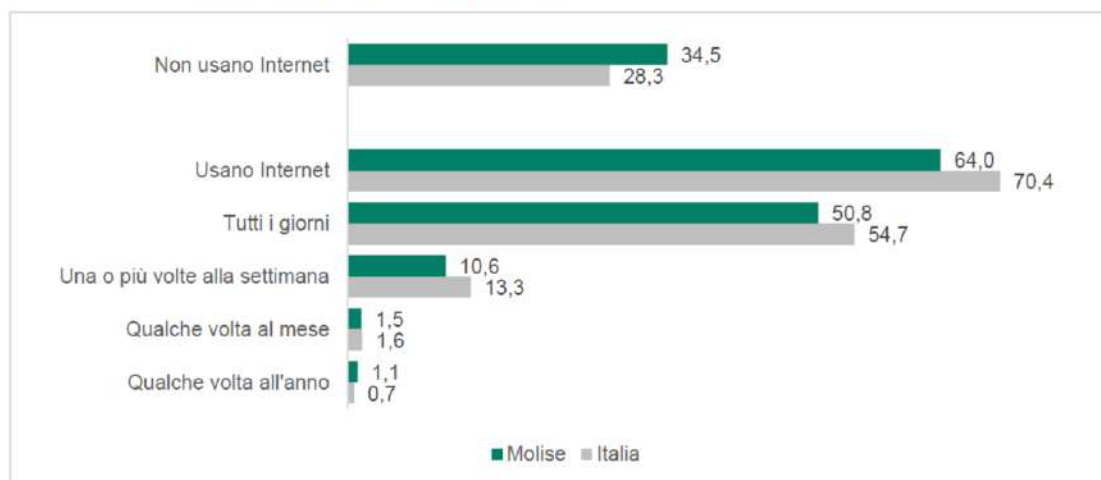
Fonte: Istat, Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana"

Figura 5. Studenti iscritti per ordine scolastico. Molise e Italia. Anno scolastico 2017/2018 (composizione percentuale)



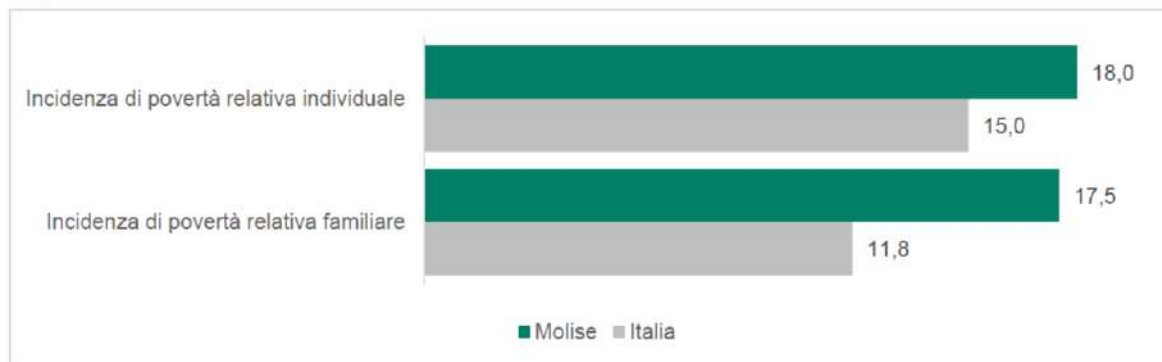
Fonte: Elaborazione Istat su dati MIUR

Figura 7. Persone di 6 anni e più per utilizzo di Internet (a) e frequenza di utilizzo. Molise e Italia. Anno 2019 (valori percentuali)

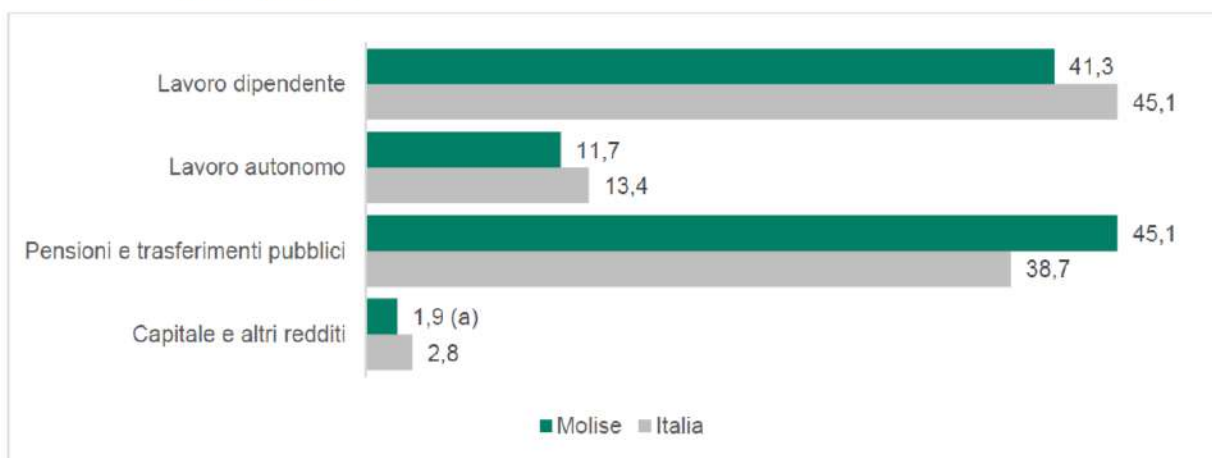


Fonte: Istat, Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana"

(a) L'utilizzo di Internet fa riferimento ai 12 mesi precedenti all'intervista. Non sono inclusi coloro che hanno utilizzato Internet oltre un anno prima, pertanto la somma tra utilizzatori e non utilizzatori può essere inferiore a 100.

Figura 8. Indicatori di povertà relativa. Molise e Italia. Anno 2018 (valori percentuali)

Fonte: Istat, Indagine sul reddito e condizioni di vita

Figura 9. Famiglie per fonte principale di reddito. Molise e Italia. Anno 2017 (composizione percentuale)

Fonte: Istat, Indagine sul reddito e condizioni di vita

(a) Dato statisticamente non significativo, ricostruito come differenza tra 100 e le altre fonti principali di reddito.

Nel 2018 il finanziamento effettivo della spesa sanitaria in Molise ha raggiunto 618 milioni di euro pari allo 0,5 per cento del totale dei trasferimenti nazionali spettanti alle Regioni.

L'andamento dei livelli di spesa sanitaria nel triennio 2016-2018 risente degli effetti delle misure di contenimento del debito delle Regioni attuata a livello centrale. In Molise si osserva una diminuzione del finanziamento della spesa che passa da -1,7 per cento nel 2017 al -3,3 per cento nel 2018.

Il finanziamento pro capite regionale decresce nel corso del periodo osservato, attestandosi a 2.012 euro nell'anno 2018, più alto di 99 euro rispetto al dato nazionale.



Nel 2018 i posti letto ordinari in strutture pubbliche o private accreditate per le specialità Malattie infettive e tropicali, Pneumologia e Terapia intensiva, in Molise sono 48. In linea con le politiche di contenimento della spesa sanitaria, orientate al raggiungimento di maggiori livelli di efficienza organizzativa territoriale attraverso l'aumento dell'appropriatezza dell'assistenza, il numero dei posti letto si è ridotto rispetto al 2010 di 9 unità.

Considerando l'insieme delle tre specializzazioni, quasi i due terzi dei posti letto (31 unità) è dedicato alla Terapia intensiva (64,6 per cento), i restanti 17 alle Malattie infettive e tropicali (35,4 per cento), nessuno alla Pneumologia.

Rispetto alla distribuzione osservata a livello nazionale, emerge un'eccedenza di 20 punti percentuali nella disponibilità di posti letto in Terapia intensiva e di 10 punti percentuali in Malattie infettive e tropicali.

L'andamento in serie storica 2010-2018 evidenzia, a livello regionale, dapprima una dinamica fortemente decrescente, sostituita da un andamento inverso fino al 2015 mentre nell'ultimo biennio in esame è ripresa la decrescita. A livello nazionale il numero dei posti letto mostra un andamento decrescente a partire dal 2011. L'attuale assetto delle risorse umane del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è in parte condizionato dall'applicazione delle recenti politiche che hanno portato ad un blocco del turn over nelle Regioni sotto piano di rientro dal disavanzo economico e finanziario⁴ cui si sono aggiunte politiche di contenimento delle assunzioni.

Nel 2017 il personale dipendente del SSN è di 2.790 unità, di cui il 45,4 per cento (1.266) è rappresentato da personale infermieristico e il 15,3 per cento (428) da personale medico. Rispetto alla popolazione residente nella regione, il personale dipendente del SSN è di 90,2 unità ogni 10 mila residenti, valore inferiore di 9,5 unità rispetto al dato medio nazionale (99,7). Il divario è più evidente nella dotazione di personale medico (13,8 unità ogni 10 mila residenti contro 16,7 in Italia) mentre è più contenuto in ordine al personale infermieristico (40,9 a fronte di 41,9 in Italia).

Per quanto concerne la dotazione di personale medico addetto alle cure primarie, nel 2018, il Molise dispone di 8,7 Medici di Medicina Generale (MMG) e 7,6 Medici di continuità assistenziale ogni 10 mila residenti; a questi si aggiungono 10,6 Pediatri di libera scelta (PLS) ogni 10 mila residenti con meno di 15 anni. Per ciascun indicatore il dato molisano risulta essere superiore a



quello nazionale, il confronto è particolarmente favorevole nel caso di Medici di continuità assistenziale.

In Molise i presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari attivi nel 2016 sono 72. L'offerta regionale, misurata rispetto alla popolazione residente, è di poco superiore a quella nazionale con 2,3 presidi ogni 10 mila abitanti; è inferiore invece la disponibilità di posti letto, pari a 60,5 ogni 10 mila residenti (68,2 la media Italia).

La regione offre in totale 1.878 posti letto che rappresentano lo 0,5 per cento di quelli disponibili in Italia. All'interno di questo aggregato, una quota rilevante, oltre il 78 per cento, è destinata alle persone con 65 anni e più, pari a 197,5 posti letto per anziani ogni 10 mila residenti della stessa fascia d'età, un valore inferiore a quello nazionale.

NON PROFIT

Il settore del non profit tradizionalmente offre un importante contributo al funzionamento e all'ampliamento dell'offerta presente nei settori Sanità e Assistenza sociale e protezione civile che si affianca a quella garantita dal settore pubblico e da quello profit.

In Molise nel 2017 si contano 105 istituzioni non profit operanti nella Sanità nelle quali lavorano oltre 900 dipendenti. Nel settore dell'Assistenza sociale e protezione civile operano 242 istituzioni non profit nelle quali trovano occupazione quasi 1.300 dipendenti.

La dimensione media (rapporto fra il numero dei dipendenti e quello delle unità istituzionali) in Molise evidenzia una sensibile differenza strutturale tra settori e fra regione e Italia. Nel settore Sanità la dimensione media di ciascuna istituzione non profit è di 8,7 dipendenti, valore significativamente inferiore alla media nazionale (15,1 dipendenti). Sensibile anche la differenza in quello dell'Assistenza sociale e protezione civile, mediamente 5,3 dipendenti in Molise contro 9,7 in Italia.

Le previsioni dell'ISTAT confermano i processi in atto: l'età media continuerà a crescere, tendendo ad aumentare di circa due anni ogni dieci, e superare nel 2050 i 52 anni, coincidente con l'età mediana. Un'età mediana di 52 anni significa che più della metà della popolazione non farà più figli: questo spiega come mai anche l'applicazione di eventuali politiche di sostegno alla fecondità potrebbero rilevarsi inefficaci. Dall'altro canto una popolazione così anziana avrà bisogni sanitari e sociali particolarmente forti, se non ci sono parallelamente miglioramenti nelle condizioni di salute. L'indice di dipendenza strutturale tenderà ad aumentare notevolmente: nel 2030 sarà già di otto punti percentuali superiore a quello del 2017 (63%), nel 2040 aumenterà fino al 73% e toccherà il 79% nel decennio successivo. L'indice di dipendenza degli anziani inciderà rispettivamente del 46% (quasi 10 punti percentuali in più rispetto a livello attuale), del 57% e del 64% sulla popolazione attiva; per cui il carico della popolazione anziana sarà sempre maggiore e graverà

significativamente sulla popolazione attiva, che – al contrario – sarà in continua diminuzione, con effetti negativi sull'intero sistema previdenziale.

Nella Regione Molise l'indice di vecchiaia è quello che mostra – più degli altri – un futuro allarmante, in quanto si registra un distacco notevole sin dal 2017 (207%) al 2030; secondo le previsioni l'indice sarà pari al 276% e continuerà ad aumentare esponenzialmente fino al 351% nel 2040 e al 403% nel 2050. Questo significa che per ogni bambino con meno di 14 anni ci saranno 4 anziani con più di 65 anni. I tassi di natalità (in diminuzione) e di mortalità (in crescita) continueranno i loro trend, ampliando il divario e il saldo naturale (derivante dalla differenza tra il numero di nati e di morti) risulterà sempre più negativo, dal 2030 diminuirà di 2.019 persone, rispetto alle 1.785 del 2017.

La popolazione anziana (ultra 65enni) oggi pari al 24% del totale, aumenterà costantemente fino al 2050, anno in cui oltrepasserà il 35,5%. Inoltre, la percentuale relativa agli over 85 crescerà notevolmente, passando da 4,3% attuali, al 5,7% del 2040, giungendo nel 2050 al 7,6%; al contrario, la proporzione di popolazione giovanile (0-14 anni), scenderà costantemente (11,6% 2017, 10,3% 2030, 9,4% 2040 e 8,8% 2050). L'allungamento della vita media e il progressivo invecchiamento della popolazione rappresentano un successo della scienza e della medicina, ma allo stesso tempo una sfida per l'intera società poiché si accompagnano a un aumento del peso delle malattie croniche degenerative. La prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili è tuttavia possibile attraverso il contrasto, sin dalla giovane età, dei fattori modificabili connessi alla loro insorgenza (fumo, alcol, sedentarietà, basso consumo di frutta e verdura, eccesso ponderale), attraverso l'offerta di programmi per la diagnosi precoce e attraverso la promozione di azioni volte al rafforzamento delle condizioni per un "invecchiamento attivo e in salute" secondo le indicazioni della strategia dell'OMS "Active and healthy aging"

Previsioni al 2030, 2040 e 2050 della Regione Molise con base al 2017.

Anno	EM	P65	P85	IDS	IDA	IV	TF	SVN-M	SVN-F	SVN-M65	SVN-F65
2017	46,3	24	4,3	55	37	207	1,21	79,7	84,9	18,7	22,2
2030	48,6	28,3	4,4	63	46	276	1,24	81,3	86,6	19,7	23,5
2040	50,7	33	5,7	73	57	351	1,26	82,1	87,4	20,3	24,3
2050	52,4	35,5	7,6	79	64	403	1,27	82,9	88,2	20,8	24,9

Legenda:

EM = Età Media

P65 = Percentuale di popolazione over 65 sulla totalità della popolazione residente

P85 = Percentuale di popolazione over 85 sulla totalità della popolazione residente

IDS = Indice di dipendenza strutturale in percentuale

IDA = Indice di dipendenza degli anziani in percentuale

IV = Indice di vecchiaia in percentuale

TF = Tasso di Fecondità

SVN-M = Speranza di vita alla nascita (maschi) in percentuale

SVN-F = Speranza di vita alla nascita (femmine) in percentuale

SVN-M65 = Speranza di vita a 65 anni (maschi) in percentuale

SVN-F65 = Speranza di vita a 65 anni (femmine) in percentuale

Secondo uno studio dell'Ufficio europeo dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) sebbene l'aspettativa di vita in Europa continui a crescere e alcuni Paesi registrino i più alti livelli al mondo di "soddisfazione in termini di qualità della vita", permangono significative discrepanze tra le diverse realtà nazionali, riscontrabili a mezzo di diversi indicatori chiave. Lo European Health



Report illustra come la maggior parte dei Paesi europei abbia messo in atto importanti misure per raggiungere i traguardi delineati dalla strategia "Salute 2020" (Health 2020), contribuendo dunque alla realizzazione degli Obiettivi di sviluppo sostenibile dell'agenda 2030; allo stesso tempo, emerge però che i progressi registrati non sono omogenei neanche all'interno dei Paesi stessi, tra uomini e donne e tra le diverse generazioni

Dai dati raccolti dal sistema di sorveglianza PASSI, nel quadriennio 2017-2020, si stima che il 21% delle persone intervistate si ritiene poco o per niente soddisfatto della propria salute. L'insoddisfazione è più frequente fra i più anziani (16% fra i 65-74enni, 25% nella fascia 75-84 anni e 32% fra gli ultra 85enni), tra le persone che dichiarano di avere molte difficoltà economiche (47% vs 27% tra chi riferisce qualche difficoltà e 12% in chi non ne ha), tra chi vive solo (27% vs 19% di chi vive con qualcuno, parenti o amici), tra i meno istruiti (27% vs 11% chi ha la laurea) e ed è maggiore fra le donne (24 vs 16% degli uomini). L'insoddisfazione per la propria vita si associa alle condizioni di salute e alla partecipazione alla vita sociale: sono più insoddisfatti gli ultra 65enni che percepiscono come cattivo il proprio stato di salute (76% stabile dal 2016), che hanno 3 o più patologie croniche (46%) o problemi di disabilità (59%) e coloro che sono socialmente poco attivi (24%) perché dichiarano di non partecipare ad attività con altre persone e/o fare corsi di formazione per adulti (come un corso di inglese, di cucina, di computer o corsi presso l'Università della Terza età). Nella regione Molise il dato sul grado di insoddisfazione della propria salute risulta essere sovrapponibile a quello nazionale.

Il Molise dovrà essere pronta ad affrontare le varie conseguenze derivanti dall'invecchiamento biologico e demografico, tra cui l'aumento dei costi relativi all'ambito sanitario e sociale.



CAPITOLO 2 Struttura del PRP

2.1 Elenco dei Programmi Predefiniti e Liberi del PRP

PP01	Scuole che promuovono Salute
PP02	Comunità attive
PP03	Luoghi di lavoro che promuovono salute
PP04	Dipendenze
PP05	Sicurezza negli ambienti di vita
PP06	Piano mirato di prevenzione
PP07	Prevenzione in edilizia e agricoltura
PP08	Prevenzione del rischio cancerogeno professionale, delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico e del rischio stress correlato al lavoro
PP09	Ambiente, clima e salute
PP10	Misure per il contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza
PL11	Screening oncologici
PL12	Primi 1000 giorni
PL13	Alimentare la salute
PL14	Integrazione calendario per la vita

2.2 Tabella sinottica Obiettivi Strategici/Programmi

Codice dell'Ob.strategico	Titolo	PP01	PP02	PP03	PP04	PP05	PP06	PP07	PP08	PP09	PP10	PL11	PL12	PL13	PL14
MO1OS01	Aumentare la consapevolezza nella popolazione sull'importanza della salute riproduttiva e pre-concezionale											PL11			
MO1OS02	Promuovere la salute riproduttiva e pre-concezionale della donna, della coppia, dei genitori				PP04								PL12		
MO1OS03	Promuovere la salute nei primi 1000 giorni				PP04										
MO1OS04	Promuovere interventi volti a favorire l'allattamento al seno												PL12		
MO1OS05	Individuare precocemente le difficoltà dello sviluppo del bambino da 0 a 36 mesi												PL12		
MO1OS06	Individuare precocemente i segnali a rischio per disagio infantile												PL12		
MO1OS07	Sviluppare e/o migliorare le conoscenze e le competenze di tutti i componenti della comunità scolastica, agendo sull'ambiente formativo, sociale, fisico e organizzativo e rafforzando la collaborazione con la comunità locale	PP01		PP03	PP04	PP05									
MO1OS08	Promuovere l'adozione consapevole di uno stile di vita sano e attivo in tutte le età e nei setting di vita e di lavoro, integrando cambiamento individuale e trasformazione sociale	PP01	PP02	PP03								PL11			
MO1OS09	Promuovere la salute orale attraverso il contrasto ai fattori di rischio comuni alle MCNT	PP01												PL13	
MO1OS10	Sviluppare la gestione proattiva dei fattori di rischio modificabili della demenza al fine di ritardare o rallentare l'insorgenza o la progressione della malattia		PP02												
MO1OS11	Migliorare l'attività di controllo sulla presenza di sale iodato presso punti vendita e ristorazione collettiva	PP01		PP03										PL13	

Aut. D. 3-12-2021
Servizio proponente: SS.AA.02.5.03
Copia Documento



Codice dell'Ob.strategico	Titolo	PP01	PP02	PP03	PP04	PP05	PP06	PP07	PP08	PP09	PP10	PL11	PL12	PL13	PL14
MO1OS12	Promuovere sani stili di vita e la riduzione dello spreco e dell'impatto ambientale attraverso la Ristorazione collettiva (scolastica, aziendale, ospedaliera e socio/assistenziale)	PP01		PP03											
MO1OS13	Favorire la formazione/informazione degli operatori del settore alimentare che integri riferimenti all'uso del sale iodato, alle intolleranze alimentari, agli allergeni, alla gestione dei pericoli negli alimenti e alle indicazioni nutrizionali e sulla salute	PP01		PP03										PL13	
MO1OS14	Migliorare la tutela della salute dei soggetti allergici e intolleranti													PL13	
MO1OS15	Migliorare la tutela della salute dei consumatori e assicurare il loro diritto all'informazione													PL13	
MO1OS16	Migliorare le conoscenze atte a documentare lo stato di nutrizione della popolazione													PL13	
MO1OS17	Identificare precocemente e prendere in carico i soggetti in condizioni di rischio aumentato per MCNT e/o affetti da patologia in raccordo con le azioni del Piano Nazionale Cronicità		PP02												
MO1OS18	Favorire nelle città la creazione di contesti favorevoli alla salute anche attraverso lo sviluppo di forme di mobilità sostenibile e la creazione di aree verdi e spazi pubblici sicuri, inclusivi e accessibili anche alle persone più anziane		PP02			PP05				PP09					
MO1OS19	Ridurre la prevalenza di anziani in condizioni di fragilità		PP02			PP05									

Atto DEC.GOMAN 2017/113 del 30-12-2021
Servizio competente IS.A.02.5L.03
Copia Documento



Codice dell'Ob.strategico	Titolo	PP01	PP02	PP03	PP04	PP05	PP06	PP07	PP08	PP09	PP10	PL11	PL12	PL13	PL14
MO1OS20	Aumentare l'estensione dei programmi di screening oncologico alla popolazione target per ciascuno dei 3 tumori oggetto di screening											PL11			
MO1OS21	Aumentare l'adesione ai programmi di screening oncologico											PL11			
MO1OS22	Identificare precocemente i soggetti a rischio eredo familiare per tumore della mammella											PL11			
MO2OS01	Migliorare le conoscenze e le competenze di tutti i componenti della comunità scolastica, agendo sull'ambiente formativo, sociale, fisico e organizzativo e rafforzando la collaborazione con la comunità locale	PP01		PP03	PP04	PP05									
MO2OS02	Aumentare la percezione del rischio e l'empowerment degli individui	PP01		PP03	PP04								PL12		
MO2OS03	Aumentare/migliorare le competenze degli operatori e degli attori coinvolti	PP01		PP03	PP04										
MO2OS04	Migliorare la qualità dei programmi di prevenzione dell'uso di sostanze psicotrope				PP04										
MO2OS05	Identificare precocemente e prendere in carico i soggetti in condizioni di rischio aumentato	PP01			PP04										
MO2OS06	Offrire programmi finalizzati alla limitazione dei rischi e alla riduzione del danno			PP03	PP04										
MO2OS07	Sensibilizzare sui rischi, le problematiche e le patologie correlate a uso/abuso di sostanze				PP04										
MO3OS01	Migliorare la conoscenza della percezione dei rischi in ambito domestico nei genitori e nelle categorie a rischio (bambini, donne e anziani)	PP01		PP03		PP05									



Codice dell'Ob.strategico	Titolo	PP01	PP02	PP03	PP04	PP05	PP06	PP07	PP08	PP09	PP10	PL11	PL12	PL13	PL14
MO3OS02	Sensibilizzare la popolazione generale sui rischi connessi agli incidenti domestici	PP01		PP03		PP05									
MO3OS03	Coinvolgere in modo trasversale i servizi di interesse sanitari e sociali per il contrasto del fenomeno nella comunità					PP05									
MO3OS04	Monitorare il fenomeno, inclusa la percezione della popolazione rispetto ai rischi di incidente domestico, mettendo in sinergia i flussi informativi					PP05									
MO3OS05	Promuovere politiche intersettoriali mirate a migliorare la sicurezza delle strade e dei veicoli, integrando gli interventi che vanno ad agire sui comportamenti con quelli di miglioramento dell'ambiente	PP01		PP03	PP04	PP05									
MO3OS06	Migliorare i dati disponibili per la valutazione epidemiologica dell'incidentalità stradale					PP05									
MO4OS01	Programmare interventi di prevenzione in ragione delle esigenze dettate dalle evidenze epidemiologiche e dal contesto socio-occupazionale				PP04		PP06		PP08	PP09					
MO4OS02	Perfezionare la conoscenza delle storie lavorative ed espositive dei lavoratori						PP06		PP08	PP09					
MO4OS03	Redazione e ricognizione linee di indirizzo (ex art. 2 decreto 81/2008) da approvare in sede di Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato e le regioni e le PA Trento e Bolzano							PP07							
MO4OS04	Assicurare alle micro e piccole aziende ed alle medio e grandi aziende attività di controllo modulate secondo approcci distinti						PP06	PP07	PP08						



Codice dell'Ob.strategico	Titolo	PP01	PP02	PP03	PP04	PP05	PP06	PP07	PP08	PP09	PP10	PL11	PL12	PL13	PL14
MO4OS05	Applicare alle attività di controllo i principi dell’assistenza, dell’empowerment e dell’informazione, e adottare azioni di enforcement in relazione alla capacità ed alla motivazione dell’impresa						PP06	PP07	PP08						
MO4OS06	Favorire nei giovani l’acquisizione e competenze specifiche in materia di SSL	PP01		PP03											
MO4OS07	Implementare un modello di tutela del lavoratore che sia evoluzione della prevenzione degli infortuni e malattie verso la “conservazione attiva” della salute, ovvero verso la Total worker health				PP04				PP08						
MO4OS08	Potenziare la rete di collaborazione tra professionisti sanitari medici del lavoro dei servizi territoriali e ospedalieri e MMG, per la tutela della salute del lavoratore in un’ottica di Total worker health				PP04		PP06	PP07	PP08						
MO4OS09	Incentivare, orientare e monitorare le azioni di welfare aziendale più strettamente connesse alla salute globale del lavoratore				PP04		PP06	PP07							
MO4OS10	Assicurare la sorveglianza sanitaria degli ex esposti								PP08	PP09					
MO4OS11	Garantire la funzionalità di OCCAM incrociando i dati sanitari disponibili negli archivi regionali con le storie lavorative INPS								PP08						

Auto. REC. GMSAN 2021/119 del 30-12-2021
 Servizio proponente: DS.AA.02.5.03
 Copia documento



Codice dell'Ob.strategico	Titolo	PP01	PP02	PP03	PP04	PP05	PP06	PP07	PP08	PP09	PP10	PL11	PL12	PL13	PL14
MO4OS12	Portare a regime i Registri di patologia tumorale ReNaM, ReNaTuNS e neoplasie a bassa frazione eziologica, registri esposti ad agenti cancerogeni biologici e de relativi casi di eventi accidentali, malattia e decesso								PP08	PP09					
MO4OS13	Assicurare la fruibilità delle informazioni che compongono il Registro degli esposti								PP08	PP09					
MO5OS01	Implementare il modello della "Salute in tutte le politiche" secondo gli obiettivi integrati dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile e promuovere l'applicazione di un approccio One Health per garantire l'attuazione di programmi sostenibili di protezione ambientale e di promozione della salute	PP01	PP02	PP03	PP04	PP05				PP09					
MO5OS02	Promuovere e rafforzare strumenti per facilitare l'integrazione e la sinergia tra i servizi di prevenzione del SSN e le agenzie del SNPA nelle attività di promozione della salute, prevenzione, valutazione e gestione dei rischi per la salute da fattori ambientali, anche per la comunicazione del rischio in modo strutturato, sistematico e integrato									PP09					

Atto: DEC.COMSAN 2021/119 del 30-12-2021
Servizio proponente: DS.AA.00.5L.03
Copia Documento



Codice dell'Ob.strategico	Titolo	PP01	PP02	PP03	PP04	PP05	PP06	PP07	PP08	PP09	PP10	PL11	PL12	PL13	PL14
MO5OS03	Programmare, realizzare e documentare attività in materia di sicurezza chimica di cui al REACH/CLP (controllo, formazione, informazione e altre attività) favorendo sinergia/integrazione con attività su specifiche matrici (es. biocidi, fitosanitari, fertilizzanti, cosmetici, ecc.) o su specifici ambiti (sicurezza luoghi di lavoro, igiene in ambienti di vita, sicurezza alimentare)						PP06	PP07	PP08	PP09				PL13	
MO5OS04	Rafforzare, nell'ambito delle attività concernenti gli ambienti di vita e di lavoro, le competenze in materia di valutazione e gestione del rischio chimico	PP01		PP03		PP05	PP06	PP07	PP08	PP09					
MO5OS05	Perfezionare i sistemi e gli strumenti informativi per monitorare la presenza di amianto ai fini dell'eliminazione								PP08	PP09					
MO5OS06	Contribuire alla conoscenza dell'impatto della problematica amianto sulla popolazione									PP09					
MO5OS07	Promuovere e implementare le buone pratiche in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nella costruzione/ristrutturazione di edifici, anche in relazione al rischio chimico e al radon							PP07	PP08	PP09					
MO5OS08	Promuovere e supportare politiche/azioni integrate e intersettoriali tese a rendere le città e gli insediamenti umani più sani, inclusivi e favorevoli alla promozione della salute, con particolare attenzione ai gruppi più vulnerabili della popolazione,	PP01	PP02	PP03	PP04					PP09					
MO5OS09	Migliorare la qualità dell'aria indoor e outdoor	PP01	PP02	PP03						PP09					



Codice dell'Ob.strategico	Titolo	PP01	PP02	PP03	PP04	PP05	PP06	PP07	PP08	PP09	PP10	PL11	PL12	PL13	PL14
MO5OS10	Potenziare le azioni di prevenzione e sanità pubblica nel settore delle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti naturali e antropiche	PP01		PP03		PP05		PP07	PP08	PP09					
MO5OS11	Potenziare le azioni di prevenzione e sanità pubblica nel settore delle acque attraverso l'adozione dei piani di sicurezza (PSA)									PP09					
MO5OS12	Prevenire e eliminare gli effetti ambientali e sanitari avversi, in situazioni dove sono riconosciute elevate pressioni ambientali, come ad esempio i siti contaminati, tenendo conto delle condizioni socio-economiche nell'ottica del contrasto alle disuguaglianze									PP09					
MO5OS13	Prevenire gli effetti ambientali e sanitari causati dalla gestione dei rifiuti	PP01		PP03						PP09					
MO5OS14	Rafforzare le capacità adattive e la risposta della popolazione e del sistema sanitario nei confronti dei rischi per la salute associati ai cambiamenti climatici, agli eventi estremi e alle catastrofi naturali e promuovere misure di mitigazione con co-benefici per la salute	PP01								PP09					
MO5OS15	Promuovere l'applicazione di misure per ridurre l'impatto ambientale della filiera agricola e zootecnica, nella gestione degli animali selvatici e nell'igiene urbana veterinaria									PP09					
MO6OS01	Rafforzare il processo di eliminazione di morbillo e rosolia congenita														PL14
MO6OS02	Informatizzare i sistemi di sorveglianza per le malattie infettive, in modo interoperabile													PL13	PL14

Atto. DE. COMSAN 2022/119 del 3-12-2021
 Servizio proponente: DS AA.02.50.03
 Copia Documento



Codice dell'Ob.strategico	Titolo	PP01	PP02	PP03	PP04	PP05	PP06	PP07	PP08	PP09	PP10	PL11	PL12	PL13	PL14
MO6OS03	Aumentare la segnalazione delle malattie infettive da parte degli operatori sanitari (medici di famiglia, medici ospedalieri, laboratoristi)													PL13	
MO6OS04	Completare l'informattizzazione delle anagrafi vaccinali interoperabili a livello regionale e nazionale tra di loro e con altre basi di dati (malattie infettive, eventi avversi, residente/assistiti) in particolare con riferimento all'integrazione vaccino HPV screening.											PL11			PL14
MO6OS05	Aumentare la copertura vaccinale e l'adesione consapevole nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, popolazioni difficili da raggiungere, migranti, gruppi a rischio per patologie)	PP01											PL12		PL14
MO6OS06	Pianificare la comunicazione finalizzata alla corretta gestione e informazione sui vaccini e sulle malattie infettive prevenibili mediante vaccinazione ai fini della adesione consapevole														PL14
MO6OS07	Predisporre piani di preparazione e risposta alle emergenze infettive									PP09					
MO6OS08	Ridurre i rischi di trasmissione da malattie infettive croniche o di lunga durata (TBC, HIV, Epatite B e C)				PP04										
MO6OS09	Assicurare il rintraccio dell'alimento per l'attivazione del sistema di allerta al fine del ritiro/ricambio dalla commercializzazione dell'alimento pericoloso o potenzialmente pericoloso													PL13	



Atto DEC.COMSAN 2021/19 del 30-12-2021
 Servizio proponente: DSAA.02.5L.03
 Copia Documento

Codice dell'Ob.strategico	Titolo	PP01	PP02	PP03	PP04	PP05	PP06	PP07	PP08	PP09	PP10	PL11	PL12	PL13	PL14
MO6OS10	Sviluppare adeguati programmi di formazione del personale addetto al controllo ufficiale nei centri cotture e nelle mense per mettere in atto le azioni correttive più appropriate riguardo alle non conformità riscontrate al fine di prevenire l'insorgere di MTA (malattie trasmissibili con gli alimenti) tra i soggetti fruitori del servizio e al fine di prevenire le tossinfezioni alimentari nella ristorazione collettiva	PP01												PL13	
MO6OS11	Sviluppare adeguati programmi di formazione del personale addetto al controllo ufficiale nelle imprese alimentari per mettere in atto le azioni correttive più appropriate riguardo alle non conformità riscontrate al fine di prevenire l'insorgere di MTA (malattie trasmissibili con gli alimenti)"													PL13	
MO6OS12	Aumentare le competenze degli operatori sanitari delle strutture sanitarie competenti sulla prevenzione e controllo delle malattie trasmesse da vettori e delle strutture sanitarie coinvolte nella prevenzione e il controllo delle malattie trasmesse da alimenti (ivi compresi i servizi SIAN, SIAOA e ospedalieri)													PL13	
MO6OS13	Promuovere interventi formativi, campagne informative/educative per gli Operatori del Settore Alimentare (OSA) sulle malattie trasmesse da alimenti	PP01												PL13	
MO6OS14	Promuovere la consapevolezza da parte delle comunità sulle malattie trasmesse da vettori e da alimenti									PP09				PL13	



Codice dell'Ob.strategico	Titolo	PP01	PP02	PP03	PP04	PP05	PP06	PP07	PP08	PP09	PP10	PL11	PL12	PL13	PL14
MO6OS15	Migliorare la qualità della sorveglianza delle malattie trasmesse da vettori e da alimenti in ambito umano									PP09				PL13	
MO6OS16	Monitorare i punti d'entrata ad alto rischio di nuove specie invasive di vettori.									PP09					
MO6OS17	Monitorare l'insorgenza di resistenze agli insetticidi nei vettori									PP09					
MO6OS18	Consolidamento dei sistemi di sorveglianza: sorveglianza della Paralisi Flaccida Acuta (PFA) sorveglianza ambientale									PP09					
MO6OS19	Attivare esperienze di screening gratuiti delle IST (es. Clamidia, Gonorrea, etc.) sulla popolazione				PP04										
MO6OS20	Incrementare e favorire strategie parallele, secondo il modello fondato sui CBVCT*, che promuovano l'esecuzione del Test HIV e del counseling nelle popolazioni chiave ad opera di operatori adeguatamente formati, in contesti non sanitari				PP04										
MO6OS21	Pianificare interventi di sensibilizzazione sulle popolazioni giovanili in materia di HIV/AIDS/ IST	PP01		PP03	PP04										
MO6OS22	Adesione alle Linee Guida e alla normativa vigente per l'attuazione dello screening per HIV, per le altre malattie a trasmissione sessuale (HBV, Sifilide, HCV) e del complesso Torch all'inizio della gravidanza												PL12		
MO6OS23	PrEP - concepire e realizzare protocolli dedicati seguendo le Linee Guida vigenti, su popolazioni adeguatamente selezionate												PL12		



Codice dell'Ob.strategico	Titolo	PP01	PP02	PP03	PP04	PP05	PP06	PP07	PP08	PP09	PP10	PL11	PL12	PL13	PL14
MO6OS24	Migliorare la qualità della sorveglianza delle infezioni invasive da Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE)										PP10				
MO6OS25	Monitorare il consumo di antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale in ambito umano e veterinario (One Health)									PP09	PP10				
MO6OS26	Promuovere la consapevolezza da parte della comunità nell'uso degli antibiotici										PP10				
MO6OS27	Definire un programma di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza secondo le indicazioni ministeriali										PP10				
MO6OS28	Sviluppare programmi di Antimicrobial stewardship (AS)										PP10				

Atto: DEC.COMSAN 2021-19 del 30-10-2021
Servizio proponente: DSA.025 L.03
Copia Documento

2.3 Tabella Azioni per programma

Programma	Azione
PP01	DEFINIZIONE E AGGIORNAMENTO DI UN DOCUMENTO REGIONALE DI PRATICHE RACCOMANDATE PER IL SETTING SCUOLA
	COMUNICAZIONE PER LA CONOSCENZA E L'EMPOWERMENT
	ATTIVARE GRUPPI DI LAVORO INTERSETTORIALI
	COSTRUIRE ALLEANZE SCUOLA/COMUNITA' PER SCUOLE CHE PROMUOVONO SALUTE
	Promozione della salute orale
	FORMAZIONE CONGIUNTA PER IL SUPPORTO DELL'ALLEANZA SCUOLA/SANITA' PER SCUOLE CHE PROMUOVONO SALUTE E GOVERNANCE DELLE AZIONI
	SVILUPPO DI UN SISTEMA INFORMATIZZATO PER LA RETE DI SCUOLE CHE PROMUOVONO SALUTE
	RAFFORZAMENTO DELL'ALLEANZA TRA IL MONDO DELLA SCUOLA E LA SANITA'
	INTRODUZIONE DELLE LENTI DELL'EQUITÀ NEI PROCESSI INTERSETTORIALI CON LA SCUOLA
	LA PREVENZIONE CORRE CON TE
PP02	formazione congiunta sanità-professionisti altri settori
	Creazione di "mappe della salute" (opportunità per l'attività fisica e la mobilità attiva)
	realizzazione di percorsi/programmi per la promozione dell'attività fisica
	Coinvolgimento degli stakeholder
	"InForma" Campagna di comunicazione per la promozione dell'attività fisica e stili di vita salutari
	Coinvolgimento degli Enti Locali
	counselling breve per il cambiamento
	RAFFORZAMENTO DELL'ALLEANZA TRA IL MONDO DELLA SCUOLA E LA SANITA'
	NON SONO FRAGILE
	Progettazione e attivazione di un programma di stratificazione della popolazione in accordo con i rischi clinici e i bisogni di salute e sociosanitari
	Palestre della salute: promozione dell'esercizio fisico attraverso la creazione di una rete di palestre territoriali
PP03	Competente in salute
	Insegno consapevolmente
	Luoghi di lavoro liberi dal fumo
	Resto lucido
	stesura di un documento di indirizzo
	Sviluppare collaborazioni intersettoriali finalizzate ad attivare il ruolo e la responsabilità, competente e consapevole, dei datori di lavoro nel riorientare le prassi organizzative e migliorare gli ambienti
	Realizzazione di un sistema di monitoraggio dell'implementazione degli interventi di cui al documento regionale
	Sali le scale e sale la salute
	Consapevole responsabilità
	Offerta di ristorazione salutare
	Prescrizione di attività salutari attraverso la formazione e un accordo con i MC e MMG, sul counseling breve e sulla prescrizione medica



PP04	Formazione in materia di dipendenza
	Early detection
	Attivazione tavolo permanente interistituzionale
	Piano d'intervento contro HIV e AIDS
	Prevenzione condotte di adiction nella popolazione >65 aa
PP05	Promozione della mobilità sostenibile
	Prevenzione degli incidenti domestici
	Promozione della guida responsabile
	Prevenzione delle cadute nelle comunità per anziani
PP06	Piano Mirato di Prevenzione "Applicazione dei regolamenti REACH e CLP"
	Piano mirato della prevenzione "Sicurezza nella movimentazione di materiali e merci"
	Piano Mirato di Prevenzione "Adeguatezza dei percorsi formativi obbligatori dei lavoratori in materia di igiene e sicurezza sul lavoro"
PP07	Piano Mirato di Prevenzione "Trattore agricolo. Uso in sicurezza e prevenzione degli infortuni mortali"
	Piano Mirato di Prevenzione "Prevenzione e contrasto dell'utilizzo di alcool/sostanze stupefacenti da parte di lavoratori del settore edilizio"
PP08	FORMAZIONE, INFORMAZIONE, ASSISTENZA NELL'AMBITO DEL PMP
	PMP PATOLOGIE PROFESSIONALI DELL'APPARATO MUSCOLO-SCHELETRICO
	PMP RISCHIO CANCEROGENO PROFESSIONALE
	(RI)DEFINIZIONE DEL COORDINAMENTO REGIONALE DEL PIANO DELLA PREVENZIONE
	PMP RISCHIO STRESS LAVORO-CORRELATO
	DEFINIZIONE DEL GRUPPO DI LAVORO (GdL) DI PROGRAMMA
	PMP AZIONE EQUITY-ORIENTED
PP09	Formazione sulle tematiche ambiente, clima e salute.
	Attivazione gruppo di lavoro intersettoriale per registro tumori animali.
	Piano Amianto
	Sorveglianza Paralisi Flaccida
	Implementazione del sistema di monitoraggio delle malattie trasmesse da vettori e MTA
	Prevenzione nel settore della radioattività naturale
	Allestimento di strumenti per la gestione sanitaria della Fauna Selvatica
	Piano di sicurezza delle acque di balneazione
	Attivazione di un sistema regionale di sorveglianza delle malattie trasmesse da vettori (MTV)
	Formazione sulla gestione e comunicazione del rischio infettivo
	Rafforzare la conoscenza in materia REACH/CLP
	Implementazione dei sistemi informativi regionali
	Emanazione di atti d'indirizzo regionale per migliorare la qualità dell'aria
PP10	AZIONI MIRATE ALL'ACQUISIZIONE DI SPECIFICHE COMPETENZE
	MONITORAGGIO DEL CONSUMO E USO CORRETTO DEGLI ANTIBIOTICI
	SORVEGLIANZA E CONTROLLO DELLE ICA
	Sviluppo sorveglianza degli isolamenti di laboratorio AR-ISS
	Sistema di sorveglianza degli Enterobatteri resistenti a carbapenemi (CPE)



	PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE AMR E ICA NELLE RSA
PL11	Integrazione di interventi di promozione della salute nell'ambito dello screening oncologico (Integrazione con PP02)
	Recupero del ritardo accumulato dagli screening per via della pandemia
	Consolidamento del coordinamento multidisciplinare regionale di screening
	Integrazione percorsi diagnostico-terapeutici integrati nel programma di screening regionale per neoplasia mammaria, per le donne ad alto rischio di cancro alla mammella per mutazioni genetiche BRCA1 e BRCA2.
	INTEGRAZIONE LINKAGE ANAGRAFE REGIONALE VACCINAZIONE HPV E SCREENING CERVICE
	Definizione di una Rete della Prevenzione
	Utilizzo integrato del PACS fra le radiologie dei mammografi fissi degli ospedali e il mammografo mobile
	Reintegro nel percorso dello screening della mammella delle radiologie ospedaliere con l'utilizzo del mammografo mobile sul territorio.
PL12	Implementazione dell'Agenda regionale della gravidanza
	Promozione della salute riproduttiva e dell'accesso ai servizi
	Implementazione di un percorso di diagnosi prenatale delle malattie genetiche
	Stesura di linee d'indirizzo intersettoriali
	Screening oftalmologico neonatale
	Screening audiologico neonatale
	Riorganizzare i CF sul territorio regionale e implementare l'offerta dei servizi e delle attività agli utenti
PL13	implementazione delle procedure per lo svolgimento di indagini epidemiologiche sulle MTA.
	Comunicazione al cittadino
	Formazione/informazione Operatori del Settore Alimentare
	Percorso formativo del personale addetto al CU
	Promozione di un'alimentazione salutare in età evolutiva
	Un pizzico di sale...iodato
	Sostegno ai sistemi di sorveglianza
	Percorso formativo personale sanitario sui temi della sicurezza alimentare e nutrizionale
	Prevenzione delle patologie del cavo orale
	Costituzione dell'osservatorio sullo stato nutrizionale della popolazione molisana
	contrasto alla malnutrizione dell'anziano istituzionalizzato
PL14	Estensione della gratuità della vaccinazione anti HPV a maschi e femmine fino ai 25 anni di età (coorti di età a partire dall'anno di nascita 1995)
	Ripresa ed implementazione della campagna vaccinale anti Zoster

CAPITOLO 3 Programmi Predefiniti

3.1 PP01 Scuole che promuovono Salute

3.1.1 Quadro logico regionale

CODICE	PP01
REFERENTI DEL PROGRAMMA	Carmela Franchella
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	MO1 Malattie croniche non trasmissibili
MACRO OBIETTIVO TRASVERSALE DI RIFERIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> - MO1 Malattie croniche non trasmissibili - MO2 Dipendenze da sostanze e comportamenti - MO3 Incidenti domestici e stradali - MO4 Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali - MO5 Ambiente, Clima e Salute - MO6 Malattie infettive prioritarie
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	<ul style="list-style-type: none"> - MO1-07 Sviluppare e/o migliorare le conoscenze e le competenze di tutti i componenti della comunità scolastica, agendo sull'ambiente formativo, sociale, fisico e organizzativo e rafforzando la collaborazione con la comunità locale - MO1-08 Promuovere l'adozione consapevole di uno stile di vita sano e attivo in tutte le età e nei setting di vita e di lavoro, integrando cambiamento individuale e trasformazione sociale - MO1-09 Promuovere la salute orale attraverso il contrasto ai fattori di rischio comuni alle MCNT - MO1-11 Migliorare l'attività di controllo sulla presenza di sale iodato presso punti vendita e ristorazione collettiva - MO1-12 Promuovere sani stili di vita e la riduzione dello spreco e dell'impatto ambientale attraverso la Ristorazione collettiva (scolastica, aziendale, ospedaliera e socio/assistenziale) - MO1-13 Favorire la formazione/informazione degli operatori del settore alimentare che integri riferimenti all'uso del sale iodato, alle intolleranze alimentari, agli allergeni, alla gestione dei pericoli negli alimenti e alle indicazioni nutrizionali e sulla salute - MO2-01 Migliorare le conoscenze e le competenze di tutti i componenti della comunità scolastica, agendo sull'ambiente formativo, sociale, fisico e organizzativo e rafforzando la collaborazione con la comunità locale - MO2-02 Aumentare la percezione del rischio e l'empowerment degli individui - MO2-03 Aumentare/migliorare le competenze degli operatori e degli attori coinvolti - MO2-05 Identificare precocemente e prendere in carico i soggetti in condizioni di rischio aumentato - MO3-01 Migliorare la conoscenza della percezione dei rischi in ambito domestico



	<p>nei genitori e nelle categorie a rischio (bambini, donne e anziani)</p> <ul style="list-style-type: none"> - MO3-02 Sensibilizzare la popolazione generale sui rischi connessi agli incidenti domestici - MO3-05 Promuovere politiche intersettoriali mirate a migliorare la sicurezza delle strade e dei veicoli, integrando gli interventi che vanno ad agire sui comportamenti con quelli di miglioramento dell'ambiente - MO4-06 Favorire nei giovani l'acquisizione e competenze specifiche in materia di SSL - MO5-01 Implementare il modello della "Salute in tutte le politiche" secondo gli obiettivi integrati dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile e promuovere l'applicazione di un approccio One Health per garantire l'attuazione di programmi sostenibili di protezione ambientale e di promozione della salute - MO5-04 Rafforzare, nell'ambito delle attività concernenti gli ambienti di vita e di lavoro, le competenze in materia di valutazione e gestione del rischio chimico - MO5-08 Promuovere e supportare politiche/azioni integrate e intersettoriali tese a rendere le città e gli insediamenti umani più sani, inclusivi e favorevoli alla promozione della salute, con particolare attenzione ai gruppi più vulnerabili della popolazione, - MO5-09 Migliorare la qualità dell'aria indoor e outdoor - MO5-10 Potenziare le azioni di prevenzione e sanità pubblica nel settore delle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti naturali e antropiche - MO5-13 Prevenire gli effetti ambientali e sanitari causati dalla gestione dei rifiuti - MO5-14 Rafforzare le capacità adattive e la risposta della popolazione e del sistema sanitario nei confronti dei rischi per la salute associati ai cambiamenti climatici, agli eventi estremi e alle catastrofi naturali e promuovere misure di mitigazione con co-benefici per la salute - MO6-05 Aumentare la copertura vaccinale e l'adesione consapevole nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, popolazioni difficili da raggiungere, migranti, gruppi a rischio per patologie) - MO6-10 Sviluppare adeguati programmi di formazione del personale addetto al controllo ufficiale nei centri cottura e nelle mense per mettere in atto le azioni correttive più appropriate riguardo alle non conformità riscontrate al fine di prevenire l'insorgere di MTA (malattie trasmissibili con gli alimenti) tra i soggetti fruitori del servizio e al fine di prevenire le tossinfezioni alimentari nella ristorazione collettiva - MO6-13 Promuovere interventi formativi, campagne informative/educative per gli Operatori del Settore Alimentare (OSA) sulle malattie trasmesse da alimenti - MO6-21 Pianificare interventi di sensibilizzazione sulle popolazioni giovanili in materia di HIV/AIDS/ IST
LINEE STRATEGICHE DI INTERVENTO	<ul style="list-style-type: none"> - MO1LSc Adozione e implementazione di un approccio globale e sistemico, articolato in azioni di documentata efficacia, continuativo e integrato lungo tutto il percorso scolastico (a partire dalla scuola dell'infanzia), per la promozione della



	<p>salute fisica e mentale</p> <ul style="list-style-type: none"> - MO1LSd Sviluppo di programmi di promozione della salute, anche trasversali ai principali fattori di rischio, condivisi tra Servizi sanitari e sociosanitari, istituzioni educative e datori di lavoro, attivando reti e comunità locali, finalizzati a: - ,contrasto al consumo di prodotti del tabacco e con nicotina, contrasto al consumo dannoso e rischioso di alcol, riduzione dell'inattività fisica e della sedentarietà, contrasto all'obesità/sovrappeso, in particolare quella infantile, riduzione del consumo eccessivo di sale e promozione dell'utilizzo del sale iodato, aumento del consumo di frutta e verdura, - prevenzione delle principali patologie orali (in particolare carie e tumori del cavo orale) - MO1LSe Sviluppo di conoscenze e competenze (empowerment -life skill) di tutti i componenti della ristorazione collettiva (operatori scolastici, sanitari, ditte di ristorazione, ditte di vending (distributori), stakeholders (famiglie, lavoratori, pazienti, etc) sull'importanza della sana alimentazione per prevenire le complicanze di numerose patologie croniche, ridurre lo spreco alimentare e ridurre l'impatto ambientale correlato all'alimentazione - MO2LSc Iniziative da attivare nei luoghi in cui si svolgono attività sportive, mirate ad accrescere la consapevolezza sui rischi correlati al consumo di alcol, supportando le capacità personali in termini di autostima, auto efficacia e resilienza dei giovani, con particolare riguardo ai minorenni. - MO3LSb Sviluppo di programmi per accrescere le competenze genitoriali connesse alla prevenzione degli incidenti domestici in età infantile - MO3LSc Attivazione di percorsi di formazione sulla sicurezza domestica rivolti ai collaboratori familiari, agli insegnanti, agli operatori sanitari e socio-sanitari, a MMG e PLS - MO4LSm Rafforzamento della collaborazione scuola/aziende/istituzioni soprattutto finalizzate alla gestione dello studente in Alternanza scuola lavoro - MO5LSa a. Promozione e realizzazione di interventi di advocacy e di integrazione nelle politiche di altri settori (ambiente, trasporti, edilizia, urbanistica, agricoltura, energia, istruzione) attraverso: elaborazione di programmi di attività intra e inter istituzionali e di progetti multi ed inter disciplinari, intersettoriali e integrati su ambiente e salute, produzione di rapporti sulle attività integrate in ambito sanitario per la tematica ambiente e salute, stipula di accordi di programma/convenzioni, previsti dal comma 2 dell'art. 7-quinquies Dlgs 502/92, istituzione di tavoli tecnici regionali interistituzionali/ intersettoriali/ interdisciplinari per la definizione e la condivisione di percorsi e procedure integrate, basate su l'approccio One Health - MO5LSO Promozione di interventi per incrementare la walkability dell'ambiente urbano e promuovere la mobilità attiva nei percorsi casa-scuola e casa-lavoro - MO5LSp Interventi per migliorare le conoscenze e la consapevolezza pubblica sui benefici della biodiversità sulla salute umana, sui benefici allo sviluppo psico-fisico dei bambini nell'interazione con la natura, sulla diffusione di spazi verdi e blu biodiversi, particolarmente nei contesti urbani
--	---



	<ul style="list-style-type: none"> - MO5LSw Interventi informativi rivolti alla popolazione, in particolare ai giovani e giovanissimi, sui rischi legati all'eccessiva esposizione alla radiazione UV solare e da fonti artificiali (es. lampade e lettini solari) - MO6LSi Realizzazione di un programma regionale di formazione - MO6LSu Promozione di interventi sui comportamenti: comprendono azioni sui comportamenti a rischio (esercizio consapevole della sessualità, miglioramento dell'adesione alla terapia, corretto uso del profilattico maschile e femminile, counseling) - MO6LSc Promozione della immunizzazione attiva - MO6LSI - Promuovere interventi formativi dei Dipartimenti di Prevenzione sulle malattie trasmesse da alimenti diretti agli OSA - - MO5LSx Campagne di comunicazione sul corretto uso dei telefoni cellulari con particolare attenzione al target di età pediatrica, anche nell'ambito di attività di contrasto alla dipendenza da internet e dal cyberbullismo ecc.
LEA	<ul style="list-style-type: none"> - B03 Valutazione igienico-sanitaria degli strumenti di regolazione e pianificazione urbanistica - B04 Tutela della salute dai fattori di rischio presenti in ambiente di vita, non confinato - B06 Promozione della sicurezza stradale - B07 Tutela delle condizioni igieniche e di sicurezza degli edifici ad uso scolastico e ricreativo - B13 Tutela della salute dai rischi per la popolazione derivanti dall'utilizzo di sostanze chimiche, miscele ed articoli (REACH-CLP) - C05 Prevenzione delle malattie lavoro correlate e promozione degli stili di vita sani - E06 Sorveglianza e controllo sulle attività connesse agli alimenti Regolamento CE 882/04 - F01 Cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni, con organizzazioni ed enti della collettività, per l'attuazione di programmi intersettoriali con il coinvolgimento dei cittadini, secondo i principi del Programma nazionale "Guadagnare salute" (DPCM 4.5.2007) - F02 Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione - F03 Prevenzione delle malattie croniche epidemiologicamente più rilevanti, promozione di comportamenti favorevoli alla salute, secondo priorità ed indicazioni concordate a livello nazionale - F04 Prevenzione e contrasto del tabagismo, del consumo a rischio di alcol - F05 Promozione dell'attività fisica e tutela sanitaria dell'attività fisica - F06 Promozione di una sana alimentazione per favorire stili di vita salutari - F09 Prevenzione delle dipendenze



3.1.2 Sintesi del Profilo di salute ed equità ed Analisi di contesto

PROFILO DI SALUTE EQUITÀ DELLA SCUOLA IN MOLISE

Regione Molise – OKkio 2019

Nel 2019 nella Regione Molise hanno partecipato all'indagine OKkio su un campione di N°45 plessi scolastici di scuola primaria per un totale di N°57 classi terze, con bambini intorno agli 8 anni.

Distribuzione delle classi per tipologia di comune di appartenenza

ZONA ABITATIVA	N	%
≤ 10.000 abitanti	33	57,9
Da 10.000 a più di 50.000 abitanti	24	42,1

Età e sesso dei bambini - Regione Molise – OKkio 2019

ETÀ	N	%	SESSO	N	%
<7 anni	5	0,5	Maschi	503	53,2
8 anni	695	73,3	Femmine	442	46,8
9 anni	245	26			
≥ 10	2	0,2			

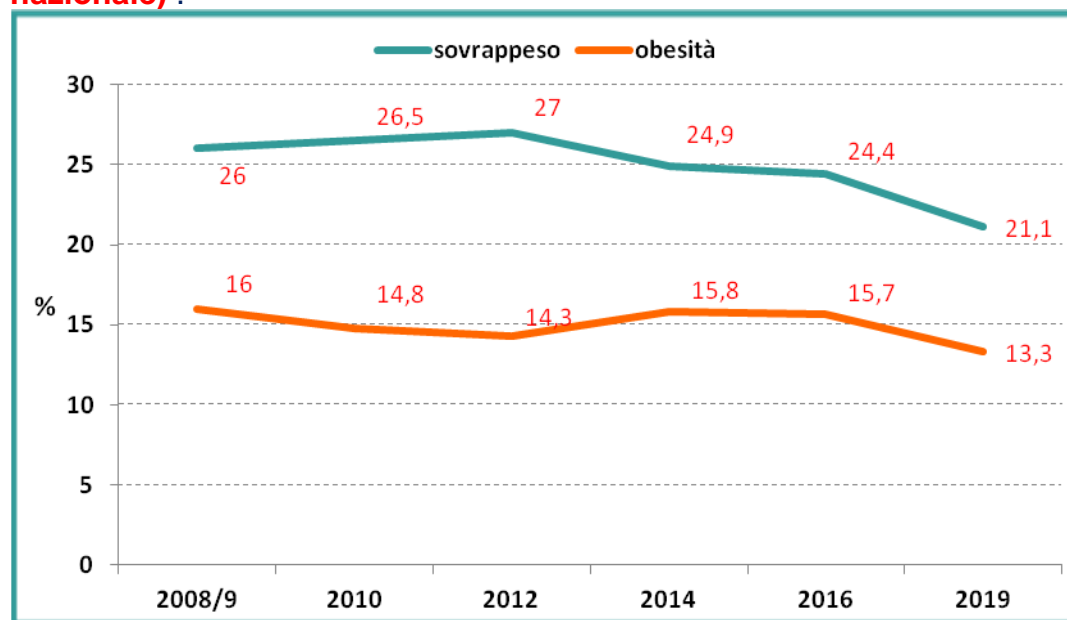
Livello di istruzione, occupazione e nazionalità della madre e del padre Regione Molise – OKkio 2019

CARATTERISTICHE	MADRE		PADRE	
	N	%	N	%
Grado di istruzione				
Nessuna, elementare, media	225	23,3	302	32,7
Diploma superiore	440	45,7	479	52,1
Laurea	296	31	139	15,2
Nazionalità				
Italiana	912	96,5	905	93
Straniera	33	3,5	68	7
Lavoro*				
Tempo pieno	272	31,9	-	-
Part time	203	24,1	-	-
Nessuno	375	44	-	-

* Informazione raccolta solo sulla persona che compila il questionario; essendo la madre colei che lo compila nella grande maggioranza dei casi, il dato non è calcolabile per il padre.

Sovrappeso e obesità per Regione (%) nei bambini di 8-9 anni che frequentano la 3^a primaria. OKkio alla SALUTE 2019

Confrontando i dati regionali delle prevalenze di sovrappeso e obesità, si osserva un chiaro gradiente Nord-Sud, a sfavore delle Regioni meridionali. La Regione Molise si colloca a livello basso, con valori di sovrappeso **(21.7% vs 20.4% della media nazionale)** leggermente maggiori di quelli nazionali e valori di obesità, invece, nettamente superiori. **(13.3% vs 9.4% della media nazionale)**.



Trend regionale sovrappeso e obesità, Regione Molise, OKkio alla SALUTE.

Stato ponderale dei bambini di 8 e 9 anni per caratteristiche demografiche del bambino e della madre (%) – Regione **Molise – OKkio 2019**

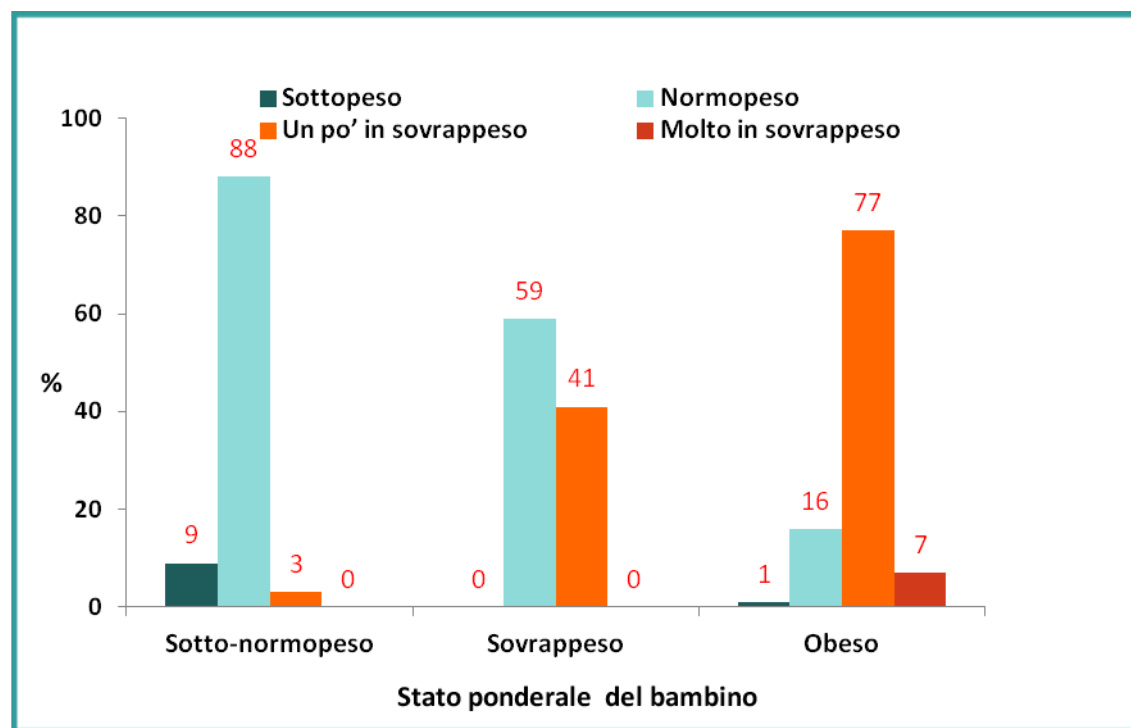
CARATTERISTICHE	NORMO/SOTTOPESO	SOVRAPPESO
Età		
8 anni	65,8	34,2
9 anni	65,1	34,9
Sesso		

Maschi	65,5	34,5
Femmine	65,7	34,3
Zona abitativa		
<10.000 abitanti	65,2	34,9
10.000-50.000	66,1	33,9
Istruzione della madre		
Nessuna, elementare, media	63,4	36,7
Superiore	65,8	34,3
Laurea	66,5	33,4

Nella Regione, le prevalenze di obesità e di sovrappeso sono simili tra i bambini di 8 e 9 anni sia tra maschi e femmine, sia per densità abitativa. Il rischio di obesità non varia con il crescere della scolarità della madre, anche se in alcuni studi, il livello di scolarità dei genitori insieme alla zona geografica di abitazione possono generare disuguaglianze per il rischio di malattia associato a sovrappeso o obesità del bambino.

Qual è la percezione della madre rispetto allo stato ponderale del proprio figlio?

Alcuni studi hanno dimostrato che i genitori possono non avere un quadro corretto dello stato ponderale del proprio figlio. Questo fenomeno è particolarmente importante nei bambini sovrappeso/obesi che vengono al contrario percepiti come normopeso.

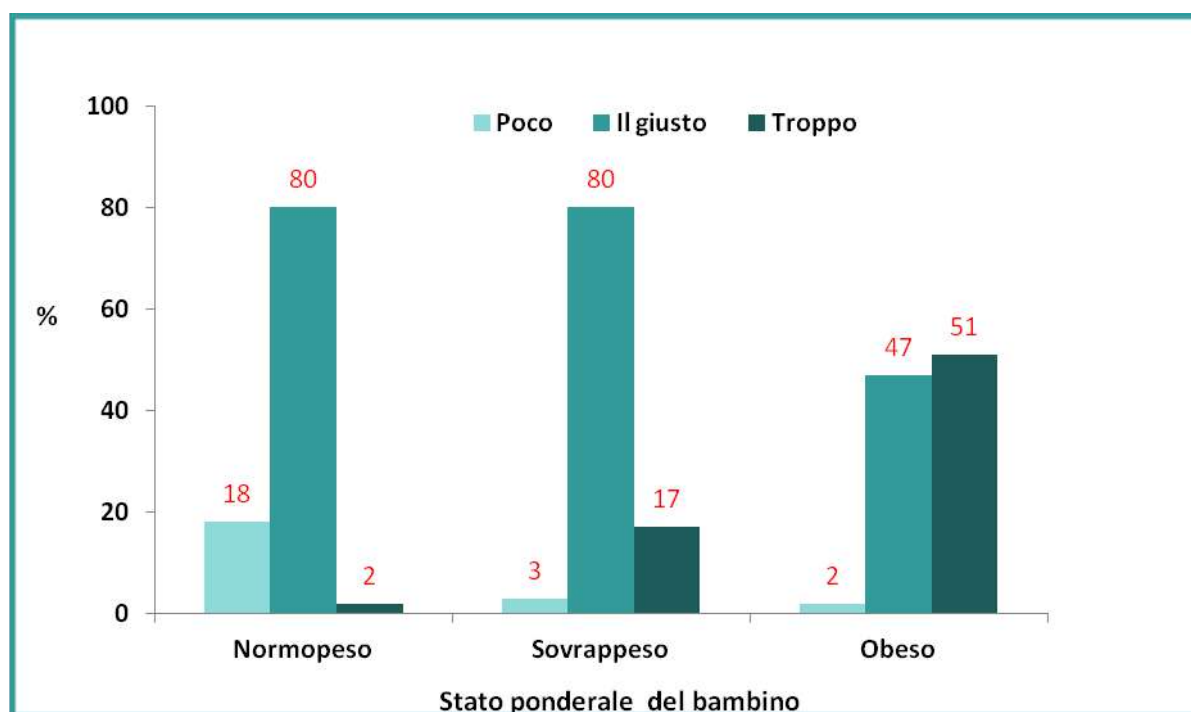


La percezione materna dello stato ponderale dei figli (%)

- Nella nostra Regione ben il 59% delle madri di bambini sovrappeso e il 17% delle madri di bambini obesi ritiene che il proprio bambino sia normopeso o sottopeso.
- Nelle famiglie con bambini in sovrappeso, la percezione non cambia in rapporto al sesso del bambino. Analoga situazione si presenta nelle famiglie di bambini obesi.
- Per i bambini in sovrappeso, la percezione è tanto più accurata quanto maggiore è la scolarità della madre.

Qual è la percezione della madre rispetto alla quantità di cibo assunta dal proprio figlio?

La percezione della quantità di cibo assunto dai propri figli può influenzare la probabilità di operare cambiamenti positivi. Anche se vi sono molti altri fattori determinanti di sovrappeso e obesità, l'eccessiva assunzione di cibo può contribuire al problema.



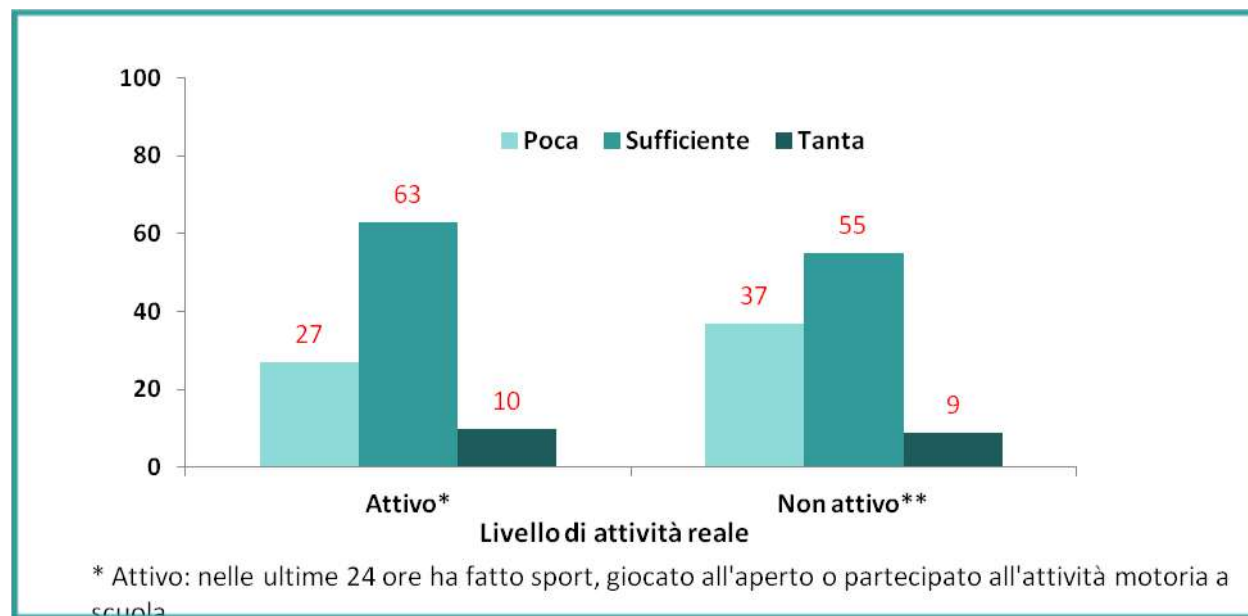
La percezione materna della quantità di cibo assunta dai figli (%)

- Solo il 17% delle madri di bambini sovrappeso e il 51% di bambini obesi ritiene che il proprio bambino mangi troppo.
- Considerando i bambini in sovrappeso e obesi insieme, non è stata constatata nessuna differenza per sesso dei bambini o per livello scolastico della madre.

Qual è la percezione della madre rispetto all'attività fisica svolta dal figlio?

Anche se l'attività fisica è difficile da misurare, un genitore che ritenga che il proprio bambino sia attivo, mentre in realtà non si impegna in nessuno sport o gioco all'aperto e non ha partecipato a un'attività motoria scolastica nel giorno precedente, ha quasi certamente una percezione sbagliata

del livello di attività fisica del proprio figlio. A livello nazionale e internazionale viene raccomandato che i bambini facciano attività fisica moderata o intensa ogni giorno per almeno 1 ora.



* Attivo: nelle ultime 24 ore ha fatto sport, giocato all'aperto o partecipato all'attività motoria a scuola

** Non Attivo: nelle ultime 24 non ha fatto nessuno dei tre (sport, gioco all'aperto, attività motoria a scuola)

- All'interno del gruppo di bambini non attivi, il 55% delle madri ritiene che il proprio figlio svolga sufficiente attività fisica e il 9% molta attività fisica.
- Limitatamente ai non attivi non è stata constatata nessuna differenza per sesso dei bambini e livello scolastico della madre.

I risultati della sesta raccolta dati di **OKkio alla SALUTE**, presentati in questo rapporto, mostrano nella Regione Molise la persistenza di un alto livello di sovrappeso/obesità i cui fattori di rischio sono le cattive abitudini alimentari e uno stile di vita che non favorisce l'attività fisica. Rispetto ai dati delle raccolte precedenti, la vera differenza è data dall'incremento dei bambini poco attivi fisicamente, che risulta statisticamente significativo. Tale dato contribuisce a spiegare il fatto che non si osserva nessun reale miglioramento nel tempo delle abitudini di vita dei bambini.

HBSC: i risultati dell'indagine 2018 in Molise

Nella Regione Molise, l'indagine 2018 dello studio HBSC (Health Behaviour in School-aged Children - Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare) ha coinvolto 131 classi per la scuola secondaria di I grado (Classe I e III) e 68 classi di per la scuola secondario di II grado (Classe II), per un totale di 199 classi. Considerando anche le classi di riserva utilizzate, hanno restituito i questionari compilati 162 classi, con una rispondenza complessiva dell'81,4%. Lo studio internazionale HBSC, svolto in collaborazione con l'OMS, prende in esame la delicata fase dell'adolescenza monitorando la salute dei giovani italiani di 11, 13 e 15 anni, allo scopo di fornire strumenti utili per la pianificazione delle future politiche educative e di promozione della salute.



Nella tabella è riportata la distribuzione il livello socio-economico delle famiglie molisane misurato secondo la Family Affluence Scale (da Basse possibilità di consumo ad Alte possibilità di consumo)

Family Affluence Scale	%
Basso	26.9
Medio	53.4
Alto	19.7
Totale	100

Lo stato socio-economico dei ragazzi molisani, dedotto dal livello dei consumi è in prevalenza medio- basso, inferiore a quello delle precedenti rilevazioni.

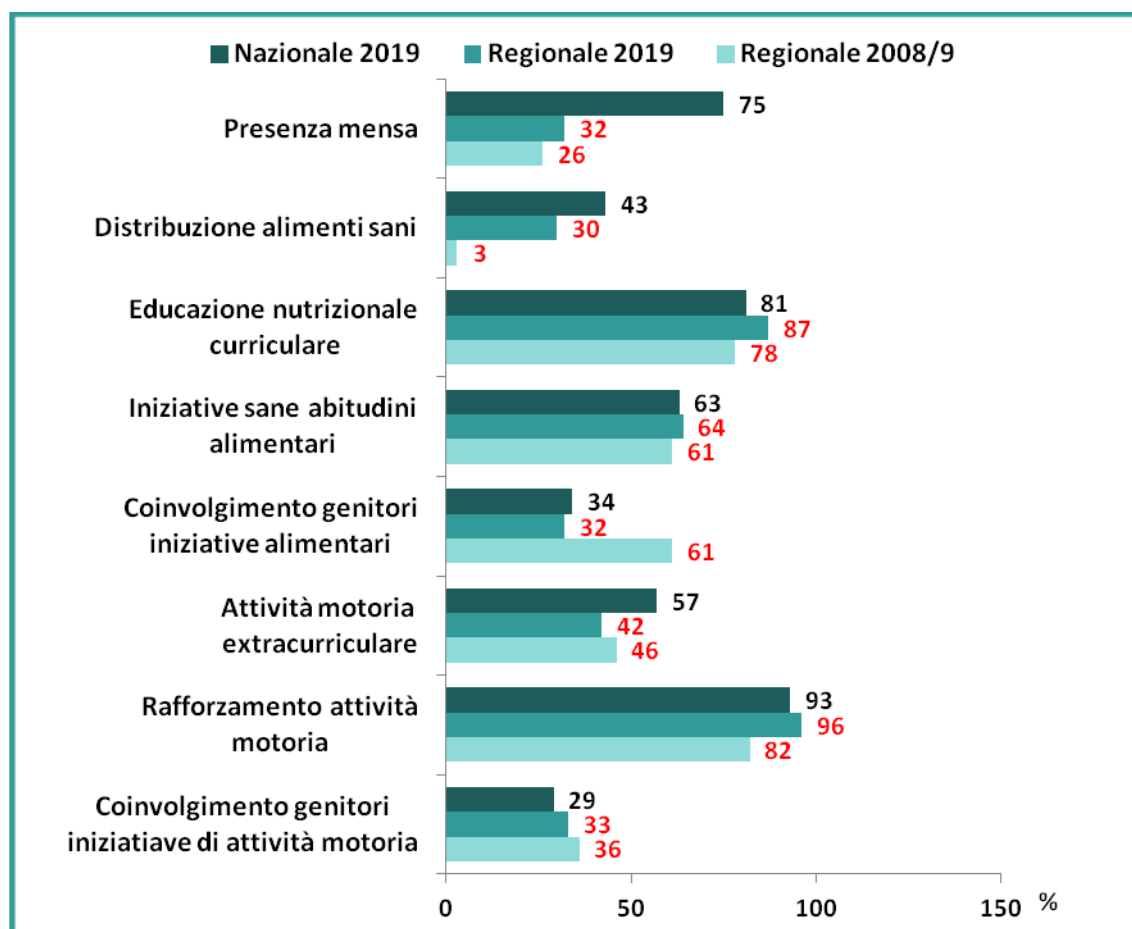
Per quanto riguarda l'attività fisica Osservando la tabella successiva, si nota che il 4.35% dei ragazzi di 11 anni, il 7.75% dei ragazzi di 13 anni ed il 10.6% dei ragazzi di 15 anni, non svolge mai attività fisica, mentre la maggior parte del campione, circa il 59%, in tutte e tre le fasce di età, riferisce di svolgere almeno un'ora di attività fisica dai due ai quattro giorni a settimana e complessivamente solo il 15%, svolge attività fisica quasi tutti i giorni (6 o più giorni la settimana).

Tabella 4.1 "Nell'ultima settimana quanti giorni hai fatto attività fisica per un totale di almeno 60 minuti al giorno?", per età (%)

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)
Non faccio mai attività fisica	4.35	7.75	10.6
Un giorno	6.85	9.17	10.8
Due giorni	24.5	22.8	23.1
Tre giorni	18.1	21	21.7
Quattro giorni	17.1	14.7	14.2
Cinque giorni	11.1	9.39	7.19
Sei giorni	6.46	6	5.49
Sette giorni	11.6	9.17	6.8

In merito alle abitudini alimentari e lo stato nutrizionale dei giovani molisani, nel rapporto HBSC del 2018, vengono ben descritti dai seguenti dati: durante la settimana soltanto il 54,5% dei ragazzi assume regolarmente la colazione; il 24,9% di solito inizia la giornata scolastica a digiuno; il 27,3% del campione consuma con frequenza dolci; il 25,87% dei ragazzi è in sovrappeso o obeso mentre il 71,5% è normopeso.

Nel grafico di seguito sono riportati i confronti con i dati regionali del Molise 2008/9, 2019 e nazionali del 2019, estratti da OKkio alla SALUTE 2019, che consentono di conoscere meglio l'ambiente scolastico e di gettare le basi per il monitoraggio nel tempo del miglioramento di quelle condizioni che devono permettere alla scuola di svolgere il ruolo di promozione della salute dei bambini e delle loro famiglie. **Rispetto ai valori nazionali importanti differenze sono relative alla presenza della mensa e alla possibilità di svolgere attività motoria extracurricolare, che risultano entrambe inferiori in Molise.**



La figura riporta le misure di promozione della salute adottate dalla scuola per favorire negli studenti lo sviluppo di competenze in aree significative per il benessere (%) fonte HBSC Molise 2018



Frequenza del coinvolgimento degli studenti in alcuni aspetti dell'organizzazione scolastica(%)



La necessità di seguire con attenzione la situazione nutrizionale della popolazione generale e, in particolare, dei nostri bambini è fortemente supportata dall'acquisizione che l'obesità rappresenta un problema prioritario di salute pubblica. L'obesità ha un impatto negativo sullo stato di salute generale della popolazione sia in età giovanile (dislipidemia, ipertensione, problemi ortopedici, steatosi epatica, ecc) sia in età adulta (progressivo aumento dei pazienti affetti da diabete e altre patologie croniche). Inoltre è un fattore associato a disuguaglianze socio-economiche, infatti riguarda in maggior misura le classi sociali più svantaggiate. In Molise la sedentarietà è il principale fattore di rischio su cui agire avendo come obiettivo quello di contrastare le disuguaglianze socio-economiche.

In dettaglio, consultando gli strumenti di <https://www.dors.it/tooldis/> (CoEsDi CoEsDi- Contributo all'Esposizione delle Disuguaglianze (dors.it))



CoMoDi e CoMoDi <https://www.dors.it/tooldis/comodi/index.php>- Contributo alla Mortalità delle Disuguaglianze (dors.it) si rileva che il 64 % della popolazione molisana adulta è esposta alla sedentarietà come fattore di rischio per la salute. Il 26.2 % potrebbero essere risparmiati eliminando le disuguaglianze sociali, che determinerebbe 31048 persone sedentarie in meno. Il 16.8 % della mortalità delle persone in Molise è spiegato dalla sedentarietà. Eliminando le disuguaglianze la mortalità delle persone sedentarie in Molise si ridurrebbe del 4,5% passando quindi dal 16.8 al $(16.8 - 4,5) = 12.8\%$. Le disuguaglianze spiegano più di 1/4 della mortalità dovuta alla sedentarietà $(36/133 \times 100 = 27\%)$. Si stimano 36 deceduti a causa della sedentarietà in meno se si eliminassero le disuguaglianze sociali.

Le caratteristiche strutturali degli ambienti di vita, tra cui la Scuola, influenzano molti determinanti socio-sanitari della salute, segno della interferenza biunivoca fra sistema umano (di cui fanno parte le dimensioni del Benessere come risultato della interazione fra benessere individuale e benessere sociale; la cultura, la governance e l'economia) e **ecosistema**. Tale relazione è ampiamente documentata anche dalle considerazioni del **Rapporto sul Benessere Equo e Sostenibile (BES) del 2020**.

Nella Scuola è possibile attuare iniziative di contrasto alle disuguaglianze e migliorare lo stato ponderale dei bambini, creando condizioni favorevoli per una corretta alimentazione e per il movimento quotidiano dei giovani (diverse esperienze già attive e consolidate di Pedibus, Ciclo bus e Gruppi di cammino ne sono una testimonianza) contribuendo al loro benessere psicofisico e alla prevenzione di molte patologie croniche. Essa rappresenta, inoltre, l'ambiente ideale per creare occasioni di comunicazione con le famiglie con un loro maggior coinvolgimento nelle iniziative di promozione della salute.

Il primo passo è quello di **rafforzare la rete scolastica** per "Scuole che promuovono salute", **definire un protocollo interistituzionale** per l'attivazione e l'implementazione di iniziative utili ed efficaci per il miglioramento delle condizioni di vita e di salute dei bambini delle scuole a partire dalla primaria, che descriva le finalità e le modalità di realizzazione delle diverse attività; **costituire la mappa** delle scuole per la realizzazione degli interventi; **produrre raccomandazioni intersettoriali** elaborate in stretta collaborazione con gli Enti locali che favoriscano interventi di promozione sociale, sostenibilità ambientale e transizione ecologica per potenziare fattori protettivi per la salute nella popolazione giovanile.

IL CONTESTO SCOLASTICO DEL MOLISE



Scuole nelle province del Molise
Provincia di Campobasso (345)
Provincia di Isernia (163)

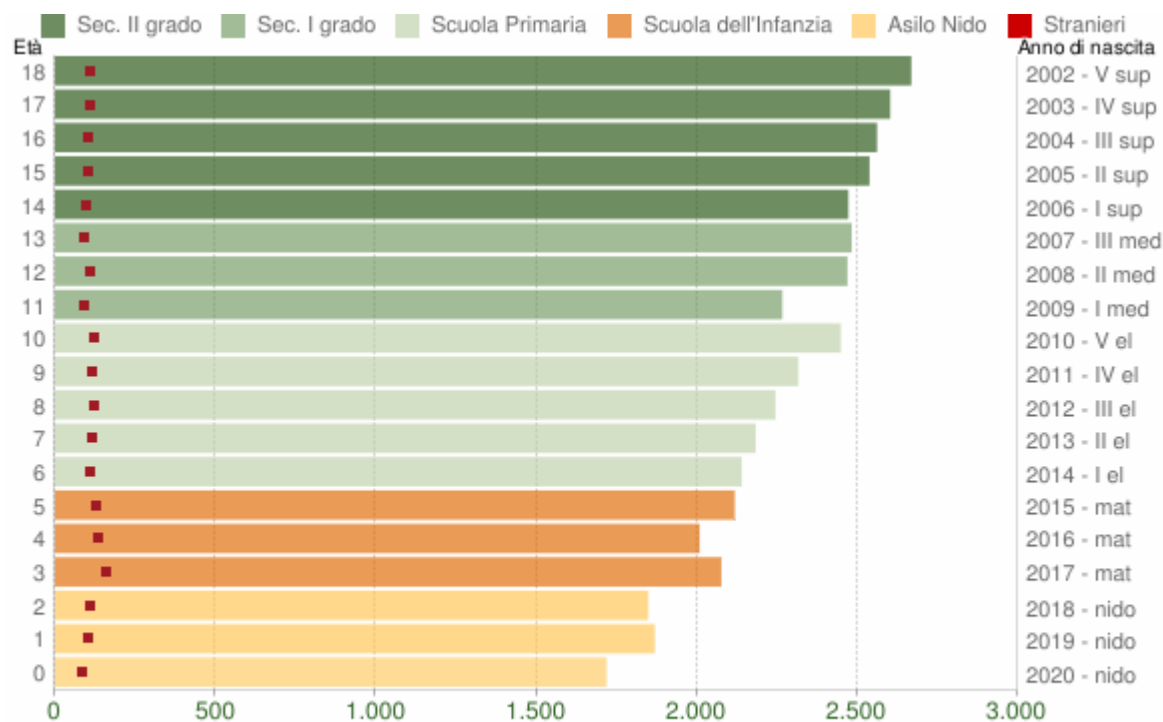
Scuole del Molise per tipologia
Scuole dell'infanzia, Primarie e Secondarie di primo grado
Scuola dell'infanzia (164)
Scuola Primaria (141)
Scuola Secondaria di primo grado (86)

Scuole Secondarie di secondo grado
Liceo Artistico (4)
Liceo Scientifico (12)
Liceo Scienze Umane (5)
Liceo Classico (5)
Liceo Linguistico (5)
Liceo Musicale e Coreutico (1)
Istituto Professionale Industria/Artigianato (6)
Istituto Professionale (nuovi indirizzi) (10)
Istituto Professionale IeFP complementare (1)
Istituto con percorso di studio quadriennale (2)
Istituto Comprensivo (36)
Istituto Superiore (14)
Centro Territoriale Permanente (4)

Città con più scuole nel Molise	
Campobasso (60)	Campomarino (8)
Termoli (45)	Riccia (7)
Isernia (28)	Trivento (7)
Larino (14)	Frosolone (6)
Venafro (13)	Guglionesi (6)
Agnone (12)	Montenero di B. (6)
Bojano (11)	Santa Croce di M. (6)
Casacalenda (10)	Vinchiaturo (6)

Distribuzione della popolazione in Molise per classi di età da 0 a 18 anni al 1° gennaio 2021. I dati sono provvisori o frutto di stima. Elaborazioni su dati ISTAT.

Il grafico in basso riporta la potenziale utenza per l'anno scolastico 2021/2022 le scuole in Molise, evidenziando con colori diversi i differenti cicli scolastici (asilo nido, scuola dell'infanzia, scuola primaria, scuola secondaria di I e II grado) e gli individui con cittadinanza straniera.



Popolazione per età scolastica - 2021

MOLISE - Dati ISTAT 1° gennaio 2021 - Elaborazione TUTTITALIA.IT

Per valutare i punti di forza (Strengths), le debolezze (Weaknesses), le opportunità (Opportunities) e le minacce (Threats) del contesto è stato utilizzato l'analisi SWOT.

STRENGTHS – PUNTI DI FORZA

Avvio nel precedente PRP 2014-2018 di un percorso virtuoso di coordinamento e integrazione delle attività di promozione della salute a livello regionale tra la Sanità e la Scuola

Sottoscrizione in data il 28 novembre 2016 di un **Protocollo d'intesa Interistituzionale tra la Direzione Generale per la Salute e l'Ufficio Scolastico Regionale Sanità** per l'attuazione di alcuni PP del PRP 014-2018, in via di rinnovo.

Elaborazione e presentazione di un Catalogo di «buone pratiche» per la Scuola proposte dall'Azienda Sanitaria Regione per il Molise (ASREM), che mirano a produrre un

WEAKNESSES – PUNTI DI DEBOLEZZA

La scuola deve fare i conti con l'autonomia gestionale e la frammentazione delle numerose proposte di progetti educativi che riceve dai vari Enti, Istituzioni e Associazioni del territorio con cui collaborano.

Carenza di un piano regionale per la comunicazione e la valutazione della maggior parte dei progetti scolastici.

Mancanza nell'Azienda Sanitaria Regionale di una struttura o articolazione organizzativa con finalità di Promozione della salute nel setting scolastico secondo *"Approccio globale"*

Assenza di modalità di accreditamento della formazione dei docenti sui temi della salute da parte delle Aziende Sanitarie.



cambiamento a livello delle conoscenze, degli atteggiamenti, dei comportamenti negli studenti a partire dalla scuola dell'infanzia e a introdurre modifiche del contesto scolastico. (*Regione Molise 2019_Catalogo_dei_progetti_per_le_scuole*)

Collaborazione con l'**Associazione provinciale di Campobasso della LILT**, sancita da una convenzione operativa (*Det. DG per la Salute 371/2017*), finalizzata all'attuazione e la rendicontazione degli obiettivi del programma IV "Scuola, Salute e benessere del PRP 2014-2018 (*DCA N.44 - 30 giugno 2016*), in via di rinnovo

Presenza di una struttura dedicata alla promozione della salute quale "Luoghi di Prevenzione Molise" gestito dalla LILT di Campobasso, che funge da supporto trasversale a tutte le attività del PRP e alle politiche di prevenzione. (*Det. DG per la Salute n°654 del 22/09/2015*).

Rete delle Scuole che promuovono salute, attivata attraverso il programma *Guadagnare Salute con la LILT/MIUR* e frutto di un protocollo d'intesa firmato tra il MIUR e la LILT Nazionale nel 2018.

La Regione e l'Azienda Sanitaria scontano forti difficoltà derivanti dal Commissariato e dall'inadeguatezza delle risorse (scarsità di personale).

OPPORTUNITIES – OPPORTUNITA'

Il rinnovo del Comitato Paritetico tra il settore della Sanità e quello della Scuola favorisce e rinforza una visione comune del concetto di salute, programmi e metodologie per attivare processi, che promuovono il cambiamento intenzionale dei comportamenti, che si autosostengano e siano duraturi nel tempo.

La costituenda rete dei referenti per la promozione della salute dell'Azienda Sanitaria per il Molise può garantire la formazione congiunta tra Sanità e Scuola, valorizzare le competenze degli operatori e sostenere i cambiamenti di stile di vita a rischio

THREATS - MINACCE

L'assenza della formalizzazione del rapporto tra la Scuola e la Salute a livello ministeriale ostacola l'attuazione delle azioni del Piano della Prevenzione in ambito scolastico e la presenza di difficoltà nel gestire e organizzare le risorse esistenti.

La mancanza di una copertura regionale omogenea per quanto riguarda l'offerta d'interventi a tutti i ragazzi della scuola presenti sul territorio.

Un altro elemento di difficoltà è rappresentato dalla presenza nei vari territori di offerte



nel setting scolastico. Può favorire, una maggiore disseminazione delle buone pratiche per la scuola, e una più equa collocazione delle risorse finanziarie.

La relazione esistente tra il setting della Scuola e quello dei Luoghi di Lavoro, favorisce la possibilità di contrastare le disuguaglianze per la salute sia con azioni specifiche dell'alternanza scuola-lavoro, sia con l'approfondimento dei temi che riguardano la promozione della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.

I sistemi di Sorveglianza OkKio e HBSC per orientare gli interventi di promozione della salute rivolto al target rappresentato dai bambini e dagli adolescenti.

Il piano regionale dell'Obesità

educative diversificate, provenienti da soggetti diversi, che possono anche convergere verso uno stesso obiettivo, ma che se non sono coordinate ed integrate tra loro, rischiano di diventare uno spreco di energie e di risorse.

La collaborazione tra mondo della scuola e mondo della sanità pubblica costituisce un principio ed un fondamento importante e imprescindibile per l'attuazione di un'efficace politica per la salute. Tale principio è sancito dal programma **"Scuole che Promuovono Salute"**, che prevede la realizzazione nel conteso scolastico di attività volte a migliorare e/o proteggere la salute di tutti gli utenti della scuola e include "interventi appropriati per realizzare politiche per una scuola sana, ambienti scolastici intesi come luoghi di benessere fisico e sociale, curricula educativi per la salute, collegamenti e attività comuni con altri servizi rivolti alla cittadinanza e con i servizi sanitari" (IUHPE – 2012).

La Regione Molise - Direzione Generale per la Salute e l' Ufficio Scolastico Regionale hanno stipulato un **Protocollo d'Intesa Interistituzionale Scuola-Sanità** per la promozione della Salute, sottoscritto il 28 novembre 2016 e adesso in procinto di rinnovo per la durata del nuovo Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025. Per dare attuazione a quanto previsto dal Protocollo d'intesa, ai sensi dell'art. 3 è istituito un Comitato Paritetico composto da membri formalmente designati dalle due Amministrazioni, che può includere, a titolo consultivo, altre istituzioni, enti o soggetti pubblici e privati operanti sul territorio, nell'ottica della pianificazione partecipata. L'azione interistituzionale prevista dal Protocollo si configura come Piano Strategico Interistituzionale, che mira a disegnare un efficace contesto di apprendimento atto a costruire life skills, competenze trasversali e maturazione armonica delle competenze di cittadinanza attiva dello studente nelle sue componenti cognitive, affettive e relazionali.



La rete dei referenti per la promozione della salute dell'Azienda Sanitaria per il Molise, da anni lavora per proporre alle Scuole progetti omogenei di interventi su tematiche di salute, considerate prioritarie dal Piano della Prevenzione, garantendo proposte validate a livello nazionale e in alcuni casi internazionale, sui quali gli operatori hanno anche ricevuto una specifica formazione. Al fine di promuovere la diffusione e la riproducibilità sul territorio regionale le proposte di buone pratiche sono raccolte in un Catalogo.

La DG Sanità e Politiche sociali della Regione Molise negli anni precedenti ha sostenuto progetti di promozione di stili di vita salutari rivolti a infanzia e adolescenza, attuati con la collaborazione con **Associazione provinciale di Campobasso della LILT** e grazie al supporto didattico e metodologico di **“Luoghi di prevenzione Molise”**, che è un Centro regionale di didattica multimediale realizzato sul modello della LILT di Reggio Emilia e della regione Emilia Romagna, inserito nel precedente Piano Regionale della Prevenzione del Molise a supporto alle politiche di promozione della salute sugli stili di vita a rischio(Det. DG per la Salute n°654 del 22/09/2015). Offre percorsi diversificati di gestione del rischio e sostegno ai processi di cambiamento dei comportamenti non salutari con metodologie di didattica multimediale ed interattiva, applicando i principi del Modello Transteorico del cambiamento (TTM di J. Prochaska e C. DiClemente). L'esperienza acquisita in questi anni di collaborazione la LILT di Campobasso, confermata nel Piano regionale della prevenzione (Det. DG per la Salute 371/2017) ha consentito di mettere a fuoco con maggiore chiarezza gli elementi portanti da sostenere per un orientamento delle scuole in “Scuole che promuovono salute”.

Un importante componente del contesto è rappresentata dalla **Rete delle Scuole attivata attraverso il programma Guadagnare Salute con la LILT**. Questo programma costituisce una forma di attuazione del Protocollo d'intesa fra LILT e Ministero dell'Istruzione, stipulato a ottobre 2018 per “Promuovere ed attuare programmi di informazione ed educazione alla salute in relazione alla lotta contro i tumori”. La LILT è l'unico ente pubblico senza fini di lucro su base associativa esistente in Italia e la più antica organizzazione del settore con specifica finalità di prevenzione della malattia neoplastica. Il suo obiettivo principale è la prevenzione oncologica, fortemente collegata agli stili di vita (quasi l'80% dei tumori è provocato da fattori di rischio riconducibili a comportamenti che non favoriscono la salute). La LILT opera su tutto il territorio nazionale sotto l'Alto patronato del Presidente della Repubblica e la vigilanza del Ministero della salute. Esistono evidenze nella letteratura scientifica a supporto dell'efficacia degli interventi preventivi negli ambienti scolastici che il Piano di azione dell'OMS - Regione europea 2016-20 - individua come strategici, promuovendo inoltre un network di riferimento: la rete “Schools for Health in Europe – SHE”. Il Piano Nazionale della Prevenzione (Pnp), adottato dal Ministero della Salute, che è parte integrante del Piano sanitario nazionale, affrontando le tematiche relative alla promozione della salute e alla prevenzione delle malattie, ribadisce l'importanza di rafforzare la scuola come ambiente che promuove salute e favorisce il contrasto alle disuguaglianze sociali. Le scuole che hanno partecipato al progetto nell'anno scolastico 2018-2019, in parte proseguito nel 2020, sono state N°18, suddivise per ogni ordine e grado per un totale di N°420 alunni. Alla nuova programmazione 2020-2021 hanno aderito N°15 Istituti scolastici

Tra gli obiettivi del Piano va ricordata la rilevanza della **formazione congiunta tra la Sanità e la Scuola** sui temi della salute rappresenta un aspetto fondamentale nella programmazione condivisa e partecipata all'interno dei Piani della Prevenzione, dove l'obiettivo di salute e, più in generale di benessere dei ragazzi e del contesto scolastico, funge da base per lavorare insieme e condividere l'approccio intersettoriale nella promozione della salute. Un elemento di difficoltà è rappresentato dalla presenza nei vari territori di offerte educative diversificate, provenienti da soggetti diversi, che possono anche convergere verso uno stesso obiettivo, ma che se non sono coordinate ed integrate tra loro, rischiano di diventare uno spreco di energie e di risorse. Dal punto di vista dell'intersectorialità, per realizzare interventi di Promozione della Salute è necessario una formazione congiunta tra i vari settori finalizzata all'applicazione dell'equità nei programmi scolastici e all'attivazione di processi, che favoriscono il cambiamento dei comportamenti, che si autosostengano e siano duraturi nel tempo.

Infine va evidenziata anche la mancanza di una copertura omogenea sul territorio regionale dell'offerta d'interventi a tutti gli studenti. Arrivare a scuole periferiche, isolate e difficili da raggiungere, significa modulare la tipologia dell'intervento sia in base all'obiettivo di salute, sia alle diverse caratteristiche del territorio. Pertanto, bisognerà tener conto degli obiettivi prioritari del Piano della Prevenzione, ma è necessario declinarli sulla base dei bisogni specifici del territorio a partire dalla definizione dei profili di salute della scuola.

Nel 2021-2022 saranno discusse nuove Linee Guida "SCUOLE CHE PROMUOVONO SALUTE" che rappresentano un orientamento per la redazione di Piani di lavoro, Piani dell'Offerta Formativa delle Scuole e della Programmazione locale per i referenti dell'Azienda Sanitaria. Un apposito gruppo di lavoro, avrà il compito di curare in particolare l'integrazione e il coordinamento con la programmazione del Piano Regionale della Prevenzione tenendo conto dei vincoli imposti dalla pandemia da Covid-19..

3.1.3 Scheda di programma

3.1.3.1 Descrizione dal PNP

Il Programma prevede di strutturare tra "Scuola" e "Salute" un percorso congiunto e continuativo che includa formalmente la promozione della salute, il benessere e la cultura della sicurezza e della legalità all'interno del sistema educativo di istruzione e formazione con una visione integrata, continuativa e a medio/lungo termine, secondo i principi dell'azione intersettoriale e della pianificazione partecipata, in coerenza con le norme e i programmi nazionali.

A tal fine le Scuole si impegnano ad adottare l'"Approccio globale alla salute" raccomandato dall'OMS e recepito dall'Accordo Stato Regioni del 17/01/2019 ("Indirizzi di *policy* integrate per la Scuola che promuove salute"), gestendo fattivamente la propria specifica titolarità nel governo dei determinanti di salute riconducibili a:

- Ambiente formativo (didattica, contenuti, sistemi di valutazione);
- Ambiente sociale (relazioni interne ed esterne, clima organizzativo, regole);
- Ambiente fisico (ubicazione, struttura, spazi adibiti ad attività fisica/pratica sportiva, attività all'aperto laboratori, ristorazione, aree verdi);
- Ambiente organizzativo (servizi disponibili: mensa/merende, trasporti, accessibilità, fruibilità extrascolastica, *policy* interne).

In tale cornice, le Scuole inseriscono nella loro programmazione ordinaria iniziative finalizzate alla promozione della salute di tutti i soggetti (studenti, docenti, personale non docente, dirigenza, famiglie, ecc.) così che benessere e salute diventino reale "esperienza" nella vita delle comunità scolastiche e che da queste possibilmente si diffondano alle altre componenti sociali (in particolare le famiglie). A questo scopo

avviano, con il supporto tecnico scientifico dei Servizi sanitari regionali preposti, un processo che, a partire da una analisi di contesto, definisce piani di miglioramento mirati a:

1. la promozione di competenze individuali e capacità d'azione (*life skills*);
2. il miglioramento dell'ambiente fisico e organizzativo;
3. il miglioramento dell'ambiente sociale;
4. la collaborazione con la comunità locale (Enti Locali, Associazioni, ecc.).

Il Programma ha quindi l'obiettivo di sostenere l'*empowerment* individuale e di comunità nel *setting* scolastico, in un'ottica intersettoriale; promuovere il rafforzamento di competenze e la consapevolezza di tutti gli attori della comunità scolastica (studenti, insegnanti, personale ATA, tecnici, dirigenti e genitori) e le modifiche strutturali ed organizzative sostenibili per facilitare l'adozione di stili di vita salutari e la prevenzione di fattori di rischio comportamentali e ambientali, attraverso interventi di provata efficacia o "buone pratiche" validate.

Il processo di diffusione e sviluppo del Programma è sostenuto da:

- accordi intersettoriali tra sistema sanitario e sistema scolastico finalizzati alla *governance* integrata;
- attività di supporto alle Scuole finalizzato all'orientamento metodologico e organizzativo (formazione, analisi di contesto/profilo di salute, valutazione delle priorità, adozione e sviluppo delle pratiche raccomandate dal Programma);
- accordi con soggetti esterni al sistema sanitario che possono sostenere/contribuire alle azioni di promozione della salute dell'intera comunità scolastica;
- offerta di programmi preventivi *life skills oriented* validati;
- promozione e supporto alla nascita e implementazione di Reti regionali di Scuole che Promuovono salute;
- attività di monitoraggio e *governance*.

Il Programma, in linea con principi e obiettivi del PNP, adotta le lenti dell'equità, secondo il modello operativo proposto dal PNP (HEA), che prevede le seguenti fasi: elaborazione del profilo di salute ed equità, identificazione di aree/gruppi a più alto rischio di esposizione o di vulnerabilità ai fattori di rischio, conseguente adeguamento/orientamento dell'intervento in termini di disegno e allocazione, valutazione di impatto.

3.1.3.2 Sintesi delle principali evidenze e buone pratiche e relative fonti

Le "Scuole che Promuovono salute" ^{1,2} si basano sull'"Approccio globale alla salute" e sui principi di equità, sostenibilità, inclusione, *empowerment* e democrazia. Gli obiettivi riguardano congiuntamente sia l'ambito educativo sia quello della salute. Tale approccio, a livello internazionale, comprende sei componenti:

1. Competenze individuali e capacità d'azione;
2. Ambiente sociale;
3. *Policy* scolastica per la promozione della salute;
4. Ambiente fisico e organizzativo;
5. Collaborazione comunitaria;
6. Servizi per la salute.

Le evidenze mostrano che ^{3,4,5,6}:

- salute e rendimento scolastico sono fortemente connessi: i giovani in buona salute hanno maggiori probabilità di imparare in modo più efficace; i giovani che frequentano la scuola hanno maggiori possibilità di godere di buona salute; i giovani che stanno bene a scuola e che hanno un legame forte con la scuola e con adulti significativi, sono meno propensi a sviluppare comportamenti ad alto rischio e possono avere migliori risultati di apprendimento;
- sia gli *outcome* di salute sia quelli educativi migliorano se la Scuola utilizza l'approccio "Scuola che Promuove Salute" per affrontare le questioni relative alla salute in un contesto educativo;
- le azioni basate su molteplici determinanti di salute sono più efficaci nell'ottenere risultati di salute ed educativi;
- le sei componenti della Scuola che Promuove Salute hanno dimostrato la loro efficacia sia rispetto agli *outcome* di salute sia rispetto a quelli educativi;
- le sei componenti della Scuola che Promuove Salute sono direttamente legate alla riduzione delle disuguaglianze.

In particolare, lo sviluppo di competenze è considerato una delle strategie più efficaci per favorire sia processi di apprendimento ^{7,8} sia lo sviluppo di stili di vita salutari⁹. Inoltre, vi sono chiare evidenze sul fatto che l'ambiente scolastico influenzi fortemente la salute degli studenti in termini sia positivi sia negativi¹⁰. In relazione a questo sono stati identificati gli aspetti, di seguito elencati, che hanno maggiore influenza in relazione al cambiamento e all'innovazione nelle scuole, tra cui l'introduzione e la creazione di Scuole che Promuovono Salute⁵:

- equità
- educazione e formazione degli insegnanti
- cultura della scuola
- partecipazione e senso di appartenenza degli studenti



- collegamento tra promozione della salute e compiti fondamentali della scuola
- coinvolgimento dei genitori e di altri adulti di riferimento
- salute e benessere del personale scolastico

Infine, risulta cruciale il dialogo crescente e costante tra la Scuola e la Sanità ^{11, 12}.

1. SHE (2009). *Better school through health – The third European Conference on Health promoting Schools – Vilnius Resolution*
2. SHE (2013). *The Odense Statement: Our ABC for equity, education and health. The 4th European conference on health promoting schools: Equity, Education and Health, 7-9 October 2013*
3. Langford R, Bonell CP, Jones HE, Poulou T, Murphy SM, Waters E, Komro KA, Gibbs LF, Magnus D, Campbell R. (2014). *The WHO Health Promoting School framework for improving the health and well-being of students and their academic achievement. Cochrane Database of Systematic Reviews*
4. IUHPE (2010). *Promoting Health in Schools: From evidence to Action*
5. Young, St Leger, Buijs (2013). *School health promotion: evidence for effective action. Background paper SHE Factsheet 2*
6. SHE (2018). *School health promotion – Evidence for effective action on inequalities. SHE Factsheet 4*
7. Comunità Europea (2006) *Raccomandazione del parlamento europeo e del consiglio del 18 dicembre 2006 relativa a competenze chiave per l'apprendimento permanente. Gazzetta ufficiale dell'Unione europea, 30-12-2006.*
8. Comunità Europea (2018). *Raccomandazione del Consiglio relativa alle competenze chiave per l'apprendimento permanente. Fascicolo interistituzionale 2018/0008 (NLE).*
9. WHO (2003). *Skills for health. Skills-based health education including life skills: an important component of a Child-Friendly/Health-Promoting School. Information Series on School Health. Document*
10. Bonell C, Farah J, Harden A, Wells H, Parry W, Fletcher A, et al. (2013). *Systematic review of the effects of schools and school environment interventions on health: evidence mapping and synthesis. Public Health Res. 2013.*
11. IUHPE (2012). *Facilitating Dialogue between the Health and Education Sectors to advance School Health Promotion and Education*
12. *Accordo Stato Regioni 17.01.2019 Indirizzi di policy integrate per la Scuola che promuove Ministero della Salute – Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca.*

3.1.3.3 Declinazione a livello regionale del Programma

La declinazione a livello regionale del PP1 prevede le seguenti azioni regionali:

1) Consolidamento dell'alleanza scuola/sanità per "Scuole che Promuovono Salute".

L'alleanza tra la Regione Molise e USR, sarà rafforzata, in un'ottica di approccio globale e condivisione del programma PP01 del Piano della prevenzione 2020-25 attraverso le seguenti attività:

a) 2022: riconnovo del Comitato Paritetico Regionale, previsto dal protocollo Scuola/Sanità sottoscritto in data 28 novembre 2016 e in via di rinnovo;

b) 2022 elaborazione di un Documento regionale di buone pratiche per Scuole che promuovono salute, attraverso la condivisione degli obiettivi curriculari, delle metodologie didattiche e degli indicatori di monitoraggio con il mondo della Scuola e della Sanità;

c) 2022: redazione di una Carta del Molise delle Scuole che Promuovono Salute contenente i criteri di adesione alla rete;

d) 2022: formazione congiunta dei dirigenti scolastici- dirigenti dell'Ufficio Scolastico Territoriale - docenti - operatori sanitari impegnati nella promozione della salute per condividere gli obiettivi, le priorità del modello delle scuole che promuovono salute proposto dal PNP, della Carta e dei criteri di equità.

e) 2022: presentazione congiunta del documento regionale di buone pratiche per Scuole che promuovono salute agli stakeholders rappresentati dagli Enti Locali, le Associazioni di volontariato, come la LILT, le associazioni sportive ecc...;

e) 2023: presentazione congiunta della carta regionale delle scuole che promuovono salute;

f) 2022-2025: produzione di report annuali delle attività svolte dalle scuole che promuovono salute e diffusione presso gli stakeholders.

2) Adozione e disseminazione di buone pratiche secondo il programma di "Scuole che promuovono salute"



a)2022: stesura di un Documento regionale per le Scuole di pratiche raccomandate per il miglioramento dell'ambiente strutturale e organizzativo, in base ai problemi di salute e ai bisogni percepiti, che contenga:

- programmi validati di promozione della salute (Guadagnare Salute con la LILT, Unplugged, iDentiKit": Promozione della salute orale, ecc....)
- buone pratiche di modifica dei contesti (interventi su capitolati mensa, dei distributori automatici; interventi per la modifica dei cortili, pedibus, ecc...)
- le priorità di intervento (sintesi sorveglianze e altre fonti dati)
- la carta delle scuole che promuovono salute e modalità di adesione

b) individuazione congiunta con la scuola di una/due buone pratiche da implementare ogni biennio, con la produzione di strumenti e materiali ad uso degli operatori sanitari e insegnanti per la ricaduta sul territorio

c) realizzazione di almeno un evento formativo annuale dedicato a operatori sanitari e sociosanitari, insegnanti e altri stakeholder su programmi/azioni/interventi di cui al "Documento regionale di pratiche raccomandate" con produzione di strumenti per l'implementazione a livello locale.

3) Attuazione delle azioni a sostegno della rete di "Scuole che promuovono salute"

a)2022: aggiornamento del sito Regionale con una pagina dedicata agli strumenti per le Scuole che Promuovono Salute:

- Documento Regionale di pratiche raccomandate;
- Carta delle scuole che promuovono salute e modalità di adesione

b) Formazione congiunta rete sui temi dell'"Approccio globale alla salute" raccomandato dall'OMS e recepito dall'Accordo Stato Regioni del 17/01/2019 ("Indirizzi di policy integrate per la Scuola che promuove salute") .

4) Introduzione delle lenti dell'equità nei processi intersettoriali con MIUR-USR, comuni, enti e istituzioni, terzo settore

Obiettivo: Promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezze che favoriscano l'adozione delle lenti dell'equità da parte delle Scuole

Descrizione: per affrontare le disuguaglianze nel setting scolastico occorre attivare politiche non sanitarie di competenza del MIUR, dei comuni, o altri stakeholder. E' necessario avviare azioni di formazione congiunta per la diffusione delle strategie e di strumenti (ad es HEA) per introdurre le lenti dell'equità.

a)2022-25: realizzazione di almeno un'iniziativa di formazione congiunta Scuola/Sanità a livello regionale sul tema dell'equità

b)2022-25: inserimento delle lenti dell'equità nei documenti strategici Scuola/Sanità

c)2025: avvio di almeno un'azione congiunta equity-oriented a livello locale.

5) Introdurre le lenti dell'equità nei progetti di promozione di corretti stili di vita indirizzati ai bambini e agli adolescenti della regione Molise

Obiettivo: aumentare il numero di studenti, che frequentano le scuole primarie e secondarie di primo grado, raggiunti dai progetti di promozione della salute riguardanti corretti stili di vita con particolare attenzione all'attività motoria e all'alimentazione.

Descrizione: Secondo gli ultimi dati di OKkio alla salute, pubblicati nel 2021 e quelli di HBSC del 2020, in Molise si conferma la prevalenza i bambini sovrappeso/obesità tra è superiore alla media nazionale. Tra i fattori di rischio vi sono le cattive abitudini alimentari e uno stile di vita che non favorisce l'attività fisica; la



pandemia ha influito negativamente sugli stili di vita. Numerosi studi hanno rilevato che il livello di scolarità dei genitori insieme alla zona geografica di abitazione possono generare disuguaglianze per il rischio di malattia associato a sovrappeso o obesità del bambino. Come riportato nel profilo di salute e equità del PP01, in Molise, i ragazzi provenienti da famiglie socialmente fragili, il livello di scolarità delle mamme si associa ad una minore percezione del rischio per la salute legato alla abitudini alimentari e all'attività fisica non adeguata dei propri figli. Per questo è importante che la scuola offra pari opportunità soprattutto di svolgimento dell'attività motoria e di miglioramento dei comportamenti degli alunni, in cui siano coinvolti attivamente anche i genitori.

a)2022: adozione di progetti di promozione di corretti stili di vita (elenco specifico) indirizzati ai bambini e agli adolescenti della regione Molise, affinché siano fruibili anche a distanza.

b)2023: Inserimento di progetti sulla promozione dell'attività motoria e la corretta alimentazione nel documento regionale di pratiche raccomandate.

c)2023-25: Avvio di iniziative di formazione congiunta per la realizzazione dei progetti.

d)2023-25: Promozione di progetti presso le scuole primarie e secondarie di primo grado della Regione.

e)2023-25: Arruolamento e formazione di enti del terzo settore per la realizzazione dei progetti.

3.1.4 Obiettivi e indicatori delle azioni trasversali

INTERSETTORIALITÀ

PP01_OT01	Sviluppare/consolidare i processi intersettoriali con MIUR-USR e con Comuni, Enti, Istituzioni, Terzo settore e altri stakeholder, finalizzati alla governance integrata delle azioni condotte nel setting scuola valorizzando il ruolo e la responsabilità del Sistema Scolastico
PP01_OT01_IT01	Accordi intersettoriali (a)
formula	Presenza di Accordo regionale formalizzato - almeno a valenza quinquennale - tra Regione e MIUR - USR finalizzato alla governance integrata per lo sviluppo del Modello



	di cui al documento “Indirizzi di policy integrate per la Scuola che Promuove Salute” (Accordo Stato Regioni 17.01.19)
Standard	1 Accordo entro il 2022
Fonte	Regione
PP01_OT01_IT02	Accordi intersettoriali (b)
formula	presenza di Accordi con soggetti esterni al sistema sanitario che possono sostenere/contribuire alle azioni (es. ANCI, Associazioni di promozione sociale e/o Sportiva, ecc.)
Standard	Almeno 2 Accordi entro il 2025
Fonte	Regione

FORMAZIONE

PP01_OT02	Promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezze che favoriscano l'adozione da parte delle Scuole dell'“Approccio globale alla salute”; di cambiamenti sostenibili dell'ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo, per rendere facilmente adottabili scelte comportamentali favorevoli alla salute.
PP01_OT02_IT03	Formazione congiunta “Scuola – Sanità” per la condivisione del modello Scuole che Promuovono Salute
formula	Presenza di offerta formativa per operatori sanitari, dirigenti/insegnanti sul modello Scuole che Promuovono Salute
Standard	Realizzazione di almeno 1 percorso formativo di carattere regionale, progettato e gestito insieme alla scuola
Fonte	Regione
PP01_OT03_IT04	Formazione operatori sanitari, socio-sanitari, insegnanti e altri stakeholder
formula	Presenza di offerta formativa, per operatori sanitari, sociosanitari, insegnanti e altri stakeholder, sui programmi/azioni/interventi di cui al “Documento regionale di pratiche raccomandate”
Standard	Realizzazione di almeno 1 percorso formativo di carattere regionale per ogni anno di vigenza del PRP
Fonte	Regione

COMUNICAZIONE

PP01_OT04	Costruire strumenti di comunicazione sulla Rete regionale di Scuole che Promuovono Salute (struttura, funzionamento, risultati raggiunti) e organizzare interventi di comunicazione ed informazione rivolti ai diversi stakeholder
PP01_OT04_IT05	Comunicazione per diffondere la conoscenza del modello Scuole che Promuovono Salute e i risultati raggiunti
formula	Disponibilità e utilizzo di strumenti/materiali di comunicazione rivolti a scuole, genitori, enti locali, associazioni, ecc. per diffondere la conoscenza del modello Scuole che



	Promuovono Salute e i risultati raggiunti
Standard	Progettazione e produzione di almeno 2 strumenti/materiali (uno riguardante l'approccio e uno riguardante i risultati raggiunti) a carattere regionale entro il 2022 - realizzazione di almeno 1 iniziativa di comunicazione/diffusione dei risultati, ogni anno dal 2023 al 2025 - realizzazione di almeno 2 iniziative di comunicazione/diffusione (una riguardante l'approccio e una riguardante i risultati raggiunti) a livello regionale nel 2025
Fonte	Regione e MIUR – USR

EQUITÀ

PP01_OT05	Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative
PP01_OT05_IT06	Lenti di equità
formula	Adozione dell'HEA
Standard	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2021
Fonte	Regione

3.1.5 Obiettivi e indicatori specifici

PP01_OS02	Predisporre un Documento regionale descrittivo dei programmi preventivi orientati alle life skills e delle azioni/interventi per facilitare l'adozione competente e consapevole di comportamenti e stili di vita sani attraverso il cambiamento dell'ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo (c.d. "Documento regionale di pratiche raccomandate")
PP01_OS02_IS01	Documento regionale che descrive i programmi preventivi orientati alle life skills e le azioni/interventi per facilitare l'adozione competente e consapevole di comportamenti e stili di vita sani attraverso il cambiamento dell'ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo ("Documento regionale di pratiche raccomandate")
formula	presenza
Standard	disponibilità di 1 Documento entro il 2022, con possibili aggiornamenti annuali
Fonte	Regione
PP01_OS02_IS02	Sistema regionale per il monitoraggio della realizzazione degli interventi di cui al "Documento regionale di pratiche raccomandate"
formula	presenza
Standard	Progettazione/adattamento del sistema entro il 2022;Disponibilità e utilizzo del sistema ogni anno a partire dal 2023



Fonte	Regione
PP01_OS03	Promuovere la cultura del lavoro in rete tra Scuole sviluppando/sostenendo la Rete regionale delle Scuole che Promuovono salute.
PP01_OS03_IS03	Rete regionale di Scuole che Promuovono Salute
formula	presenza di 1 Rete regionale di “Scuole che Promuovono Salute” formalizzata da MIUR - USR
Standard	Rete regionale formalizzata entro il 2022
Fonte	MIUR - USR.
PP01_OS01	Diffondere l’adozione dell’“Approccio globale alla salute” nelle Scuole, promuovendo contestualmente la diffusione di modelli educativi e programmi preventivi orientati alle life skills e la realizzazione di azioni/interventi per facilitare l’adozione competente e consapevole di comportamenti e stili di vita sani attraverso il cambiamento dell’ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo
PP01_OS01_IS04	Istituti raggiunti dal Programma – Adesione alla Rete (* Per Istituto si deve intendere la Direzione Scolastica: quindi nell’anagrafe MIUR il codice meccanografico della relativa Scuola)
formula	(N. Istituti scolastici * che aderiscono formalmente alla Rete con impegno a recepire l’“Approccio globale” e a realizzare gli interventi di cui al “Documento regionale di pratiche raccomandate”) / (N. Istituti scolastici presenti sul territorio regionale) *100
Standard	almeno il 10% entro il 2023; almeno il 20% entro 2024; almeno il 30% entro il 2025
Fonte	Regione, Anagrafe MIUR (“Scuole in chiaro”)
PP01_OS01_IS05	Scuole raggiunte dal Programma – Attuazione pratiche raccomandate
formula	(N. Scuole* che realizzano almeno 1 intervento di cui al “Documento regionale di pratiche raccomandate”) / (N. Scuole presenti sul territorio regionale la cui Direzione Scolastica ha aderito alla Rete) *100 (* Per Scuole si deve intendere il plesso o la tipologia di indirizzo (es. liceo scientifico, liceo tecnologico, istituto agrario, ecc.): quindi nell’anagrafe MIUR i rispettivi codici meccanografici.)
Standard	almeno il 50%, ogni anno a partire dal 2022
Fonte	Regione, Anagrafe MIUR (“Scuole in chiaro”)
PP01_OS04	Incrementare la diffusione di opportunità per svolgere attività motoria in ambito scolastico mediante l’attivazione strutturale di Pedibus, Pause attive, Playground.
PP01_OS04_IS06	Numero scuole raggiunte dai progetti di promozione dell’attività fisica.
formula	N° di scuole raggiunte dai progetti di promozione dell’attività fisica
Standard	almeno il 10% entro il 2023; almeno il 20% entro 2024; almeno il 30% entro il 2025
Fonte	Scuola

3.1.6 Azioni

PROGRAMMA	PP01
TITOLO AZIONE (1 di 10)	RAFFORZAMENTO DELL'ALLEANZA TRA IL MONDO DELLA SCUOLA E LA SANITA'
CATEGORIA	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP



PRINCIPALE	
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.2 Sottoscrizione di accordi di collaborazione, protocolli di intesa, convenzioni
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS02 Predisporre un Documento regionale descrittivo dei programmi preventivi orientati alle life skills e delle azioni/interventi per facilitare l'adozione competente e consapevole di comportamenti e stili di vita sani attraverso il cambiamento dell'ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo (c.d. "Documento regionale di pratiche raccomandate")	
OS02IS01	Documento regionale che descrive i programmi preventivi orientati alle life skills e le azioni/interventi per facilitare l'adozione competente e consapevole di comportamenti e stili di vita sani attraverso il cambiamento dell'ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo ("Documento regionale di pratiche raccomandate")
OS02IS02	Sistema regionale per il monitoraggio della realizzazione degli interventi di cui al "Documento regionale di pratiche raccomandate"
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT01 Sviluppare/consolidare i processi intersettoriali con MIUR-USR e con Comuni, Enti, Istituzioni, Terzo settore e altri stakeholder, finalizzati alla governance integrata delle azioni condotte nel setting scuola valorizzando il ruolo e la responsabilità del Sistema Scolastico	
OT01IT02	Accordi intersettoriali (b)
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza
SETTING	comunità;scuola

DESCRIZIONE

Descrizione.

In Molise, nel Piano regionale della Prevenzione 2014-2018, la collaborazione tra mondo della scuola e della sanità pubblica è stata formalizzata tramite un Protocollo d'Intesa, sottoscritto in data 28 novembre 2016 dalla Direzione Generale per la Salute e dall'Ufficio Scolastico Regionale. L'azione interistituzionale prevista dal protocollo, è stata configurata come **Piano Strategico**, che mirava a disegnare un efficace contesto di apprendimento atto a costruire life skills, competenze trasversali e maturazione armonica delle competenze di cittadinanza attiva dello studente nelle sue componenti cognitive, affettive e relazionali.

Nell'ambito del Piano Strategico prevedeva le **Linee Guida** per l'adesione alla rete di scuole che promuovono salute e un **Catalogo** di interventi multicomponenti e intersettoriali, nonché integrati, in modo da risultare più efficaci e da consentire una valida programmazione di ciascuno per una durata sufficiente, favorendo la realizzazione di un percorso virtuoso per accompagnare l'alunno lungo tutto il suo iter scolastico.

Al fine di dare attuazione a quanto previsto dal Protocollo d'intesa era istituito un **Comitato Paritetico**, composto da membri designati rispettivamente dalla Regione Molise e dall'Ufficio Scolastico Regionale.

- Nel 2022 riconferma del Protocollo d'Intesa tra la Scuola e la Sanità e rinnovo del Comitato Paritetico



- Nel 2022 definizione del nuovo Piano Strategico intersettoriale tra la Scuola e la Sanità, con rinnovo delle Linee Guida e del Documento Regionale di Pratiche Raccomandate a supporto delle scuole che promuovono salute, secondo le indicazioni nel nuovo PRP 2020-2025.
- Nel 2022 presentazione agli stakeholders del Nuovo Piano Strategico per la Scuola.
- Nel periodo 2022-2025 organizzazione di almeno un incontro/anno del Comitato Paritetico per monitoraggio della rete delle scuole aderenti, l'adeguamento del piano delle azioni e degli interventi ai bisogni specifici di salute dei bambini e gli adolescenti rilevati e la diffusione dei risultati agli stakeholders.

L'Ufficio Scolastico Regionale dovrà porre particolare attenzione all'equità di accesso ai programmi di promozione della salute da essi proposti in forma congiunta con l'ASReM, presso le singole Istituzioni Scolastiche, statali e paritarie e coordinarne l'adesione sulla base della tipologia e della specificità territoriale, ambientale e sociale dell'utenza scolastica.

L'ASReM si impegna ad affiancare le scuole nel processo di miglioramento dell'ambiente strutturale e organizzativo, in linea con le indicazioni della rete "Scuole che promuovono salute" e di supportarle nella redazione e condivisione di un Regolamento Interno da adottare per favorire comportamenti salutari e la creazione/trasformazione di spazi e servizi favorevoli alla salute (mense, distributori di snack, frutta a merenda, pedibus e percorsi ciclabili casa scuola, attività fisica curriculare ed extracurriculare, ambiente libero dal fumo, ecc.).

PROGRAMMA	PP01
TITOLO AZIONE (2 di 10)	INTRODUZIONE DELLE LENTI DELL'EQUITÀ NEI PROCESSI INTERSETTORIALI CON LA SCUOLA
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.5 Predisposizione/diffusione di Profili di salute ed Equità
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS02 Predisporre un Documento regionale descrittivo dei programmi preventivi orientati alle life skills e delle azioni/interventi per facilitare l'adozione competente e consapevole di comportamenti e stili di vita sani attraverso il cambiamento dell'ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo (c.d. "Documento regionale di pratiche raccomandate")	
OS02IS01	Documento regionale che descrive i programmi preventivi orientati alle life skills e le azioni/interventi per facilitare l'adozione competente e consapevole di comportamenti e stili di vita sani attraverso il cambiamento dell'ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo ("Documento regionale di pratiche raccomandate")
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	


OT05 Orientare gli interventi a criteri di equità; aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative

OT05IT06	Lenti di equità
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza
SETTING	comunità;scuola

DESCRIZIONE

Descrizione.

L'applicazione delle lenti di equità al Programma permette di identificare i gruppi di bambini ed adolescenti con più alto rischio di vulnerabilità o esposizione e orientare le azioni al contrasto delle disuguaglianze sociali e geografiche che impattano sulla salute in queste fasce d'età. I determinanti sociali di salute, a cui sono imputabili molte delle variazioni e disuguaglianze di salute nella popolazione, sono in gran parte evitabili chiamando in causa la responsabilità delle politiche non sanitarie (scuola, lavoro, ambiente, ecc.) e di quelle sanitarie, queste ultime nel loro duplice ruolo di promozione/erogazione di prevenzione verso altri settori.

Nel Molise il sistema di sorveglianza OKkio alla salute e HBSC segnalano che i bambini e gli adolescenti in sovrappeso ed obesi sono in numero superiore a quello nazionale anche nel 2019. Le cattive abitudini alimentari e la sedentarietà sono tra i principali fattori di rischio per questi problemi di salute e in generale sono associati a caratteristiche geografiche e socio-demografiche tra gli adolescenti di 11, 13 e 15 anni in Italia <https://www.epicentro.iss.it/hbhc/pdf/Preface.pdf>. Queste determinanti hanno un impatto sulla salute nelle fasce di ragazzi più svantaggiati e alcuni comportamenti si sono rafforzati in conseguenza del lockdown e dell'ampio ricorso alla DaD durante la pandemia da Coronavirus. La chiusura delle scuole ha avuto un ruolo importante nell'accentuare gli effetti sui determinati di salute delle disuguaglianze. Non tutte le famiglie hanno le risorse necessarie per accedere alle lezioni online (per l'assenza ad esempio di connessioni e di device o per la presenza di più figli nel nucleo familiare), né hanno le competenze per seguire i figli nello svolgimento delle lezioni e dei compiti a casa. Infine, per quanto concerne l'offerta formativa non tutti gli istituti scolastici hanno offerto le medesime soluzioni, causando così importanti disuguaglianze geografiche. Gli studenti che hanno subito in misura maggiore le conseguenze di questa situazione appartengono a nuclei familiari più svantaggiati. Inoltre per i bambini di molte famiglie povere la refezione scolastica rappresentava il pasto salutare principale della giornata. (<https://www.disuguaglianzedisalute.it/un-health-inequalities-impact-assessment-hiia-della-pandemia-di-covid-19-e-delle-politiche-di-distanziamento-sociale/>)

Per affrontare tale criticità è necessario attivare gruppi di lavoro/tavoli tecnici sui temi della salute rivolti ai bambini e adolescenti che coinvolgano l'USR, la Direzione Generale per la Salute, l'Azienda Sanitaria Regionale le amministrazioni comunali e altri stakeholders affinché adottino nella programmazione le lenti dell'equità. Pertanto sarà necessario mettere in atto una formazione congiunta per la condivisione dei linguaggi, delle strategie e degli strumenti di promozione della salute orientate all'equità (ad es HEA) nel setting scuola. Grazie all'analisi del contesto socio-culturale e del profilo di salute della comunità si potranno evidenziare i bisogni specifici di salute, le situazioni e i fattori di rischio, le risorse, i vincoli e le possibili soluzioni condivise da attuare, garantendo azioni di contrasto contrastare le disuguaglianze e pari opportunità.

A tal fine si prevede:



- 2022-2025: realizzazione di almeno un'iniziativa/anno di formazione congiunta Sanità/Scuola a livello regionale sul tema dell'equità.
- 2022-2025: inserimento delle lenti dell'equità nei documenti strategici tra la Sanità e la Scuola.
- 2025: avvio di almeno un'azione equity-oriented a livello sub-regionale.

PROGRAMMA	PP01
TITOLO AZIONE (3 di 10)	DEFINIZIONE E AGGIORNAMENTO DI UN DOCUMENTO REGIONALE DI PRATICHE RACCOMANDATE PER IL SETTING SCUOLA
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLA MODIFICA AMBIENTALE/ORGANIZZATIVA DI UN SETTING PER FAVORIRE L'ADOZIONE COMPETENTE E CONSAPEVOLE DI STILI DI VITA FAVOREVOLI ALLA SALUTE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	3.1 Predisposizione, adozione e diffusione di documenti tecnici/ di indirizzo metodologico, raccolte di "pratiche raccomandate", ecc.
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS02 Predisporre un Documento regionale descrittivo dei programmi preventivi orientati alle life skills e delle azioni/interventi per facilitare l'adozione competente e consapevole di comportamenti e stili di vita sani attraverso il cambiamento dell'ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo (c.d. "Documento regionale di pratiche raccomandate")	
OS02IS01	Documento regionale che descrive i programmi preventivi orientati alle life skills e le azioni/interventi per facilitare l'adozione competente e consapevole di comportamenti e stili di vita sani attraverso il cambiamento dell'ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo ("Documento regionale di pratiche raccomandate")
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT04 Costruire strumenti di comunicazione sulla Rete regionale di Scuole che Promuovono Salute (struttura, funzionamento, risultati raggiunti) e organizzare interventi di comunicazione ed informazione rivolti ai diversi stakeholder	
OT04IT05	Comunicazione per diffondere la conoscenza del modello Scuole che Promuovono Salute e i risultati raggiunti
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza
SETTING	comunità;scuola

DESCRIZIONE

Descrizione

La rete dei referenti per la promozione della salute dell'Azienda Sanitaria per il Molise da anni lavora per proporre alle Scuole progetti omogenei di interventi su tematiche di salute, considerate prioritarie dal Piano della Prevenzione, garantendo proposte validate a livello nazionale e in alcuni casi internazionale, sui quali gli operatori hanno anche ricevuto una specifica formazione. Al fine di promuoverne la diffusione e la

riproducibilità sul territorio regionale le proposte di buone pratiche sono raccolte in un Catalogo di offerte formative per la scuola, suddiviso in sezioni:

- Linee Guida per l'adesione da parte delle scuole alle singole progettualità e per le modifiche del contesto (Regolamento Interno da adottare per favorire comportamenti salutari e la creazione o trasformazione di spazi e servizi favorevoli alla salute(mense, distributori di snack, frutta a merenda, pedibus e percorsi ciclabili casa scuola, attività fisica curriculare ed extracurriculare, ambiente libero dal fumo, ecc.);
- Programmi didattici (Frutta e verdura nelle scuole - Guadagnare Salute con la LILT/MIUR - Scuole libere dal Fumo - I Gusti della Salute - Tra Rischio e Piacere - Movimento, corporeità e ambiente - "SELFIE": 10 regole per l'uso corretto del telefonino - Attenzione alla casa - LA PREVENZIONE VA A SCUOLA per la prevenzione delle malattie infettive "A Scuola di Prevenzione": progetto di promozione della cultura della sicurezza sui luoghi di lavoro in ambito scolastico - "SMART": Strada Sicura. Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti - DECOLLIAMO? SPICCHIAMO IL VOLO IN SICUREZZA": Attività di prevenzione del disagio giovanile in adolescenza con particolare riguardo ai DCA (Disturbi del comportamento alimentare) e ai comportamenti a rischio - COSTRUIAMO INSIEME LASALUTE" Un impegno integrato per un corretto uso di farmaci, cosmetici e prodotti chimici, che sarà realizzato in sinergia con il Tutor, designato dall'USR, per i regolamenti comunitari "REACH /CLP" sul "rischio chimico", al fine svolgere un compito di disseminazione (tra studenti e pari) sui pericoli correlati ai prodotti chimici di uso quotidiano e per sollecitare riflessioni sui comportamenti corretti per la riduzione dell'esposizione a tali prodotti e sulla conoscenza delle nuove etichette di pericolo chimico (Reg.eu. CLP - "GAMEOVER" Progetto Regionale per la Prevenzione della Ludopatìa - iDentiKit": Promozione della salute orale ecc.)
- Sistemi di Sorveglianza OKkio alla SALUTE E HBSC, con i dati epidemiologici della nostra popolazione;
- La rete dei Promotori della Salute" – i componenti dei vari tavoli di coordinamento sia regionali che provinciali, tutti gli operatori che si impegnano nella loro attività lavorativa all'attuazione del Catalogo;
- Area documentale – documenti e link utili
- Allegati

Il documento regionale di pratiche raccomandate per il setting scuola, saranno implementati programmi specifici per incentivare la raccolta differenziata dei rifiuti a partire dalla scuola, coinvolgendo anche le famiglie e le amministrazioni comunali.

Per quanto riguarda i cambiamenti climatici saranno organizzate giornate per la prevenzione dei tumori cutanei legati alla eccessiva esposizione alle radiazioni UV. Quest'azione specifica prevede il coinvolgimento della LILT per l'organizzazione di eventi su questa tematica in prossimità dell'estate.

Al fine di valorizzare l'esperienza acquisita e favorire il processo di diffusione e sviluppo del Programma attraverso attività di supporto alle Scuole finalizzato all'orientamento metodologico e organizzativo(formazione, analisi di contesto/profilo di salute, valutazione delle priorità, adozione e sviluppo delle pratiche raccomandate dal Programma), si prevede:

- Nel 2022 aggiornamento di Linee Guida per l'adesione degli Istituti Scolastici alla rete di Scuole che Promuovono Salute.



- Nel 2022 stesura del Documento Regionale di Pratiche Raccomandate, che gli operatori dell'azienda sanitaria, la LILT di Campobasso ed altri Enti o Associazioni proporranno in modo omogeneo a tutte le scuole. Tale Documento conterrà le priorità di intervento che emergeranno dal profilo di salute di equità della scuola, in base al quale sarà periodicamente aggiornato. Conterrà un elenco di proposte/interventi di promozione della salute a partire dalle proposte del precedente catalogo del 2017-2019, caricato negli allegati. I nuovi programmi di promozione della salute saranno ri-orientati, a partire da quelli più adeguati per affrontare alcune delle maggiori criticità poste dalla chiusura/riapertura parziale delle scuole a causa della pandemia (riduzione dell'attività fisica e aumento della sedentarietà; utilizzo massivo e per lungo tempo di strumenti elettronici; riduzione delle opportunità di socializzazione e nella relazioni fra pari ed educativa, criticità psicologiche, ...). Sarà posta attenzione anche all'inserimento del regolamento REACH e CLP con l'obiettivo di promuovere cambiamenti positivi nelle abitudini dei cittadini anche attraverso l'interazione con il mondo della Scuola, invitando alla riflessione sull'uso delle sostanze e delle miscele presenti nella quotidianità al fine di ridurre l'esposizione a quelle sostanze che possono rappresentare un rischio per la salute umana e per l'ambiente.
- Nel periodo 2023-2025 individuazione, congiuntamente con le scuole, di una/due buone prassi che da implementare ogni biennio producendo strumenti e materiali ad uso degli operatori sanitari e degli insegnanti per la ricaduta sul territorio.
- Nel periodo 2022-2025 realizzazione di almeno un evento formativo/anno per gli operatori della scuola e della sanità coinvolgendo anche gli stakeholders sui progetti /interventi contenuti nel Documento, con produzione di strumenti per la diffusione a livello territoriale.

Tutte le attività terranno conto dei vincoli imposti dalla pandemia Covid-19, legate all'incertezza sulle modalità didattiche attuate dalle scuole e all' scarsità delle risorse disponibili nella scuola e nella sanità dedicate alla azioni di promozione della salute.

Questa azione sarà portata avanti in modo trasversale con PP2, PP4, PP5 e PP09.

PROGRAMMA	PP01
TITOLO AZIONE (4 di 10)	COSTRUIRE ALLEANZE SCUOLA/COMUNITA' PER SCUOLE CHE PROMUOVONO SALUTE
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLA MODIFICA AMBIENTALE/ORGANIZZATIVA DI UN SETTING PER FAVORIRE L'ADOZIONE COMPETENTE E CONSAPEVOLE DI STILI DI VITA FAVOREVOLI ALLA SALUTE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	3.1 Predisposizione, adozione e diffusione di documenti tecnici/ di indirizzo metodologico, raccolte di "pratiche raccomandate", ecc.
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Pagina 66 di 466	



OS01 Diffondere l'adozione dell'“Approccio globale alla salute” nelle Scuole, promuovendo contestualmente la diffusione di modelli educativi e programmi preventivi orientati alle life skills e la realizzazione di azioni/interventi per facilitare l'adozione competente e consapevole di comportamenti e stili di vita sani attraverso il cambiamento dell'ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo

OS01IS05 Scuole raggiunte dal Programma – Attuazione pratiche raccomandate

OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI

OT01 Sviluppare/consolidare i processi intersettoriali con MIUR-USR e con Comuni, Enti, Istituzioni, Terzo settore e altri stakeholder, finalizzati alla governance integrata delle azioni condotte nel setting scuola valorizzando il ruolo e la responsabilità del Sistema Scolastico

OT01IT02 Accordi intersettoriali (b)

CICLO DI VITA infanzia;adolescenza

SETTING comunità;scuola

DESCRIZIONE

Descrizione

Le caratteristiche strutturali degli ambienti di vita influenzano molti determinanti socio-sanitari della salute, segno della interferenza biunivoca fra sistema umano (di cui fanno parte le dimensioni del Benessere come risultato della interazione fra benessere individuale e benessere sociale; la cultura, la governance e l'economia) e ecosistema. La relazione è ampiamente documentata dalle considerazioni del Rapporto sul Benessere Equo e Sostenibile (BES) già dal Rapporto ISTAT 2015. Lo sviluppo di ambienti favorevoli comportamenti salutari consente di incrementare: il movimento quotidiano dei giovani (diverse esperienze già attive e consolidate in Italia di Pedibus, Ciclo bus e Gruppi di cammino ne sono una testimonianza) contribuendo al loro benessere psicofisico e alla prevenzione di molte patologie croniche, come sottolineato dallo studio multicentrico EPIC.

Tra tutti i setting (la scuola, l'ambiente di lavoro, la comunità e i servizi sanitari), l'Ente locale (Comune) è individuato quale “super-setting” in cui gli altri convergono. Il setting è il luogo o il contesto nel quale è più facile raggiungere individui e gruppi prioritari per promuovere la salute e realizzare interventi di prevenzione. Nel contempo, il setting costituisce esso stesso il bersaglio dei cambiamenti da implementare sugli ambienti, sulle organizzazioni, sui centri di responsabilità.

Per incrementare l'attività motoria, che si è visto rappresentare in Molise un importante fattore di rischio per la salute dei ragazzi e su cui pesano maggiormente le disuguaglianze sociali, occorre attivare la collaborazione con gli Enti locali (nelle differenti articolazioni organizzative e di competenza, quali ad esempio il Settore Istruzione, Sociosanitario, Cultura e Politiche Giovanili, Urbanistica e Lavori Pubblici). Questo consentirà di favorire interventi di promozione sociale, sostenibilità ambientale e transizione ecologica e digitale per potenziare fattori protettivi per la salute nella popolazione giovanile.

A tale scopo si prevede :

- 2022 attivazione di collaborazioni con alcuni Comuni
- 2025 produzioni di raccomandazioni intersettoriali e la proposta di politiche pubbliche elaborate in stretta collaborazione con gli Enti Locali



- 2022-2025 realizzare almeno un percorso di promozione dell'attività motoria rivolti agli studenti con l'obiettivo di potenziare le competenze chiave europee in competenze della salute che favoriscano l'interazione sostenibile e ecologica fra individuo e ambiente.

PROGRAMMA	PP01
TITOLO AZIONE (5 di 10)	FORMAZIONE CONGIUNTA PER IL SUPPORTO DELL'ALLEANZA SCUOLA/SANITA' PER SCUOLE CHE PROMUOVONO SALUTE E GOVERNANCE DELLE AZIONI
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI PROCESSI INTERSETTORIALI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	4.3 Attività di formazione, accompagnamento, co-progettazione con altri Settori per avvio/sviluppo di Reti di setting che "promuovono salute" (scuole, comuni, luoghi di lavoro, ambienti sanitari, ecc.)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 Diffondere l'adozione dell'"Approccio globale alla salute" nelle Scuole, promuovendo contestualmente la diffusione di modelli educativi e programmi preventivi orientati alle life skills e la realizzazione di azioni/interventi per facilitare l'adozione competente e consapevole di comportamenti e stili di vita sani attraverso il cambiamento dell'ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo	
OS01IS05	Scuole raggiunte dal Programma – Attuazione pratiche raccomandate
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT02 Promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezze che favoriscano l'adozione da parte delle Scuole dell'"Approccio globale alla salute"; di cambiamenti sostenibili dell'ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo, per rendere facilmente adottabili scelte comportamentali favorevoli alla salute.	
OT02IT03	Formazione congiunta "Scuola – Sanità" per la condivisione del modello Scuole che Promuovono Salute
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza
SETTING	comunità;scuola

DESCRIZIONE

Nel PNP 2020-2025, la formazione vuole essere finalizzata a permettere l'acquisizione di competenze nuove (es. counseling, Equità, ecc.) ed è necessaria per rinforzare la collaborazione intersettoriale e rendere realmente applicativo il principio One Health. La formazione è parte integrante di tutte le strategie, elemento trasversale di obiettivi e programmi essenziale per accrescere le competenze degli operatori della scuola.

E' fondamentale che il nuovo protocollo d'intesa scuola/sanità sia accompagnato da azioni di formazione a sostegno dello sviluppo e diffusione della rete regionale di scuole che promuovono salute, che coinvolga anche l'università degli Studi del Molise.



In sinergia con il PP09, mediante il coinvolgimento dei referenti designati della Regione e dall'USR, per i regolamenti comunitari "REACH /CLP" sul "rischio chimico", sarà realizzata anche una formazione congiunta Sanità/Scuola, anche attraverso l'uso della piattaforma promossa e realizzata dal Ministero della Salute (Autorità Nazionale per i regolamenti REACH e CLP) all'indirizzo <https://www.reach.gov.it/node/1385>).

A tale scopo si intende attivare:

- 2022: presentazione congiunta del Documento regionale di Pratiche Raccomandate; redazione e condivisione dell'HEA (vedi azione equity-oriented)
- 2022 - 2023 formazione congiunta dedicata a dirigenti scolastici, dirigenti UST, referenti della promozione della salute delle ASL per la condivisione degli obiettivi, delle priorità del modello delle scuole che promuovono salute proposto dal PNP, della carta, dei criteri di equità.
- 2022 -2023 formazione congiunta dedicata alle scuole aderenti alla rete regionale delle scuole che promuovono salute sui temi dell'approccio globale
- 2023: presentazione congiunta della “carta regionale delle scuole che promuovono salute”

A livello locale dovrà essere realizzato in ogni distretto Socio-Sanitario dell'ASREM almeno un incontro tra i referenti della sanità e i rappresentanti della scuola e della comunità al fine di concordare strategie comuni e definire le modalità di lavoro sul territorio, rinforzando il gruppo tecnico locale.

PROGRAMMA	PP01
TITOLO AZIONE (6 di 10)	SVILUPPO DI UN SISTEMA INFORMATIZZATO PER LA RETE DI SCUOLE CHE PROMUOVONO SALUTE
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI PROCESSI INTERSETTORIALI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	4.3 Attività di formazione, accompagnamento, co-progettazione con altri Settori per avvio/sviluppo di Reti di setting che “promuovono salute” (scuole, comuni, luoghi di lavoro, ambienti sanitari, ecc.)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS03 Promuovere la cultura del lavoro in rete tra Scuole sviluppando/sostenendo la Rete regionale delle Scuole che Promuovono salute.	
OS03IS03	Rete regionale di Scuole che Promuovono Salute
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT04 Costruire strumenti di comunicazione sulla Rete regionale di Scuole che Promuovono Salute (struttura, funzionamento, risultati raggiunti) e organizzare interventi di comunicazione ed informazione rivolti ai diversi stakeholder	
OT04IT05	Comunicazione per diffondere la conoscenza del modello Scuole che Promuovono



	Salute e i risultati raggiunti
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza
SETTING	comunità;scuola

DESCRIZIONE

Descrizione

La maggiore diffusione e sviluppo del Programma sarà sostenuta dalla predisposizione di una piattaforma digitale dedicata alle rete di scuole che promuovono salute.

Nel 2022 si prevede l'implementazione di una pagina WEB dedicata alla rete di scuole che promuovono salute sui siti istituzionali della Regione Molise e dell'Ufficio Scolastico Regionale. Tale strumento consentirà di raccogliere l'adesione delle scuole alla rete, di fornire strumenti utili per l'applicazione del modello operativo proposto, di monitorare le attività, di inserire e divulgare report di esperienze locali e di fornire i nominativi e le modalità di contatto dei referenti del Comitato Paritetico regionale. A tale scopo è previsto:

- 2022 lo sviluppo della pagina WEB dedicata a "Scuole che Promuovono Salute"
- 2022 stesura della carta regionale di scuole aderenti alla rete
- 2022-2025 inserimento di strumenti per le scuole (Linee Guida e Documento Regionale di Pratiche Raccomandate) e materiale didattico.
- 2022-2025 inserimento di report di esperienze scolastiche locali.

PROGRAMMA	PP01
TITOLO AZIONE (7 di 10)	ATTIVARE GRUPPI DI LAVORO INTERSETTORIALI
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI PROCESSI INTERSETTORIALI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	4.5 Attivazione gruppi di lavoro con rappresentanti di altri Settori (per condivisione percorsi, ecc.)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS03 Promuovere la cultura del lavoro in rete tra Scuole sviluppando/sostenendo la Rete regionale delle Scuole che Promuovono salute.	
OS03IS03	Rete regionale di Scuole che Promuovono Salute
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT01 Sviluppare/consolidare i processi intersettoriali con MIUR-USR e con Comuni, Enti, Istituzioni, Terzo settore e altri stakeholder, finalizzati alla governance integrata delle azioni condotte nel setting scuola valorizzando il ruolo e la responsabilità del Sistema Scolastico	
OT01IT01	Accordi intersettoriali (a)
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza
SETTING	comunità;scuola

DESCRIZIONE

Descrizione

Da alcuni anni la regione Molise, per l'attuazione e la rendicontazione degli obiettivi del programma IV "Scuola, Salute e benessere del PRP 2014-2018 (DCA N.44 - 30giugno 2016) si avvale della partecipazione dell'Associazione provinciale di Campobasso della LILT. La LILT di Campobasso, si è occupata, attraverso Luoghi di Prevenzione Molise (LDP) Centro di riferimento per la formazione e la ricerca intervento nell'ambito della Promozione della Salute della Regione Molise, dell'applicazione dell'approccio motivazionale nei processi di cambiamento in tutte le fasce di età e di formazione e valutazione di efficacia degli interventi preventivi. Ha acquisito negli anni l'esperienza di collaborazione con le scuole che ha consentito di mettere a fuoco con maggiore chiarezza gli elementi portanti da sostenere per un orientamento delle scuole in "Scuole che promuovono salute". In particolare, ci si riferisce al potenziamento dell'uso di metodologie attive da parte dei docenti e all'adozione di atti formali da parte degli Organi scolastici per la definizione di un contesto salutare. L'uso delle tecniche interattive e dell'apprendimento cooperativo consente inoltre di differenziare le proposte in base ai bisogni e alle caratteristiche degli alunni.

Con il precedente PRP 2015-2018 è stato istituito un gruppo di lavoro intersettoriale, composto da personale esperto in tema di prevenzione e sicurezza ambientale, i cui componenti sono stati designati da: ASReM, Prefettura, Ufficio Scolastico Regionale, ISDE – International Society of Doctors for Environment (Associazione Italiana Medici per l'Ambiente). Questo gruppo di lavoro si è occupato di pianificare e realizzare iniziative di formazione del personale scolastico e campagne di comunicazione destinate agli studenti e alle loro famiglie, finalizzate a promuovere un uso più consapevole della telefonia cellulare e ridurre il rischio cancerogeno per l'esposizione ai campi elettromagnetici a radiofrequenza (CEM).

In Molise, inoltre, in continuità con i precedenti PRP, è stato costituito un Board Scientifico Inter-istituzionale, che ha coinvolto : ASReM, Ufficio Scolastico Regionale, Prefettura, ACI, CRI, ISDE – International Society of Doctors for Environment (Associazione Italiana Medici per l'Ambiente), impegnato a lavorare sul tema della sicurezza stradale. Tale gruppo intersettoriale svolge un ruolo fondamentale anche per le attività di documentazione e disseminazione dei dati epidemiologici sugli incidenti stradali. Risulta, infatti che nel 2019 si sono verificati in Molise 555 incidenti stradali che hanno causato la morte di 28 persone e il ferimento di altre 913. Rispetto al 2018, aumentano il numero degli incidenti (+77), dei feriti (+182) e delle vittime della strada (+13), in netta contrapposizione alla tendenza nazionale che presenta diminuzioni seppur modeste per tutti i suddetti aggregati.

Sarà importante mantenere ed allargare il tavolo tecnico sui programmi di promozione del benessere dello studente con la LILT e incentivare le iniziative presso il centro di didattica multimediale Luoghi di Prevenzione Molise . Mantenere i gruppi di lavoro che si confrontano e concertano linee d'indirizzo sui temi della sicurezza e della tutela dell'ambiente (ISDE, ACI, Prefettura). In considerazione dell'alta percentuale dei ragazzi molisani in sovrappeso o obesi, che è superiore alla media nazionale (dati OKkio alla salute 2019 e HBSC 2018), sarà attuato una "Commissione regionale per l'obesità infantile e giovanile" già prevista dalla legge regionale n°9 del 9 agosto 2017. Grazie alle azioni sinergiche tra i diversi settori sociali, rispettivamente per le diverse competenze, tutti gli interventi preventivi tesi alla promozione di comportamenti salutari, saranno più efficaci.

A tale scopo si prevede:

- Nel 2022 la riconferma della collaborazione con la LILT anche per il programma nazionale Guadagnare Salute con LILT/MIUR.



- Nel 2022 la riconferma e il consolidamento dei precedenti gruppi di lavoro sui temi della salute e della tutela ambientale, con il coinvolgimento della prefettura dell'ACI sulla sicurezza stradale dell'ISDE sulla tutela ambientale ed altre Istituzioni compresa l'Università ed Enti del Terzo settore.
- Nel 2022 l'attivazione di un gruppo di lavoro regionale per la promozione dell'attività motoria rivolto ai ragazzi.
- Nel 2022 la riconferma della "Commissione regionale per l'obesità infantile e giovanile"
- Nel periodo 2022-2025 a livello regionale e di Distretto Socio-Sanitario, l'Azienda Sanitaria ASREM dovrà valorizzare tutte le forme di consultazione allargata e programmazione integrata attualmente presenti e favorirne l'implementazione in ulteriori contesti attraverso almeno un incontro dei gruppi costituiti a livello locale.

PROGRAMMA	PP01
TITOLO AZIONE (8 di 10)	COMUNICAZIONE PER LA CONOSCENZA E L'EMPOWERMENT
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI PROCESSI INTERSETTORIALI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	4.6 Comunicazione – Marketing sociale
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS03 Promuovere la cultura del lavoro in rete tra Scuole sviluppando/sostenendo la Rete regionale delle Scuole che Promuovono salute.	
OS03IS03	Rete regionale di Scuole che Promuovono Salute
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT04 Costruire strumenti di comunicazione sulla Rete regionale di Scuole che Promuovono Salute (struttura, funzionamento, risultati raggiunti) e organizzare interventi di comunicazione ed informazione rivolti ai diversi stakeholder	
OT04IT05	Comunicazione per diffondere la conoscenza del modello Scuole che Promuovono Salute e i risultati raggiunti
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza
SETTING	comunità;scuola

DESCRIZIONE

La comunicazione è uno strumento strategico per aumentare la conoscenza e l'empowerment, per promuovere atteggiamenti favorevoli alla salute, favorire modifiche di norme sociali, l'accesso e adesione ai programmi di prevenzione e di cura, il coinvolgimento attivo del cittadino (engagement). Può facilitare la creazione di reti inter-istituzionali e la collaborazione tra le organizzazioni sanitarie e non sanitarie, sostenere la fiducia della popolazione nelle istituzioni sanitarie e contribuire all'accountability del sistema salute. La comunicazione va sviluppata sia come comunicazione sanitaria, sia come comunicazione per la salute,



rispettivamente finalizzate alla “mappatura” e diffusione delle opportunità di salute presenti sul territorio e alla produzione e condivisione, all’interno della comunità, di conoscenza sui problemi di salute, con l’obiettivo di orientamento, responsabilizzazione, consapevolezza e motivazione delle persone e di supporto alle decisioni e alle politiche. Analogamente ad ogni altra azione di sanità pubblica, essa necessita di essere adeguatamente pianificata e valutata negli effetti. Il processo di comunicazione deve iniziare dalla definizione degli obiettivi e delle priorità e dall’analisi delle caratteristiche del target, proseguire con l’individuazione degli interventi da realizzare e il monitoraggio della loro corretta implementazione e concludersi con la valutazione di impatto.

A tale scopo si prevede:

- 2022: Istituzione di un Gruppo di coordinamento regionale per la comunicazione.
- 2022 Aggiornamento e comunicazione della mappa dei servizi sanitari di maggiore utilità per l’utenza scolastica.

PROGRAMMA	PP01
TITOLO AZIONE (9 di 10)	Promozione della salute orale
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A PROMUOVERE LA SICUREZZA E LA TUTELA DELLA SALUTE DEI CITTADINI, LAVORATORI E CONSUMATORI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	6.9 Informazione
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 Diffondere l’adozione dell’“Approccio globale alla salute” nelle Scuole, promuovendo contestualmente la diffusione di modelli educativi e programmi preventivi orientati alle life skills e la realizzazione di azioni/interventi per facilitare l’adozione competente e consapevole di comportamenti e stili di vita sani attraverso il cambiamento dell’ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo	
OS01IS05	Scuole raggiunte dal Programma – Attuazione pratiche raccomandate
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT02 Promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezze che favoriscano l’adozione da parte delle Scuole dell’“Approccio globale alla salute”; di cambiamenti sostenibili dell’ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo, per rendere facilmente adottabili scelte comportamentali favorevoli alla salute.	
OT02IT03	Formazione congiunta “Scuola – Sanità” per la condivisione del modello Scuole che Promuovono Salute
CICLO DI VITA	infanzia
SETTING	scuola

DESCRIZIONE

Premesso che un completo ed efficace piano di intervento preventivo, per la salvaguardia e il mantenimento della salute orale in età evolutiva, dovrebbe iniziare durante il periodo di gestazione e continuare fino al raggiungimento della maturità, lo scopo del progetto è quello di salvaguardare, migliorare e promuovere lo stato di salute orale in una fascia mirata di popolazione infantile (6 - 11 anni), attraverso interventi di educazione alla salute svolti in ambito scolastico, in modo da fornire agli educatori, ai bambini e conseguentemente anche ai genitori, le conoscenze teoriche e pratiche necessarie per poter attuare corretti comportamenti, che influiscano positivamente sulla salute orale e globale del singolo individuo e della comunità

Obiettivi del progetto IDENTIKIT

- Conoscere standard di controllo e di valutazione dell'igiene orale e della salute della bocca...
- Saper compiere azioni di pulizia dei denti con attrezzi e materiali diversi.
- Sapersi contenere nell'assunzione di cibi cariogeni
- Saper mettere in atto "routine" di prevenzione orale (lavarsi i denti dopo la mensa, tenere in sicurezza igienica i materiali di pulizia, controllarsi periodicamente allo specchio ...)
- Essere autonomi nella percezione di rischi e nella promozione della salute orale



Collegandosi al sito:

http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_5_1.jsp?lingua=italiano&id=88, i docenti troveranno gli strumenti per la realizzazione del progetto formativo nell'ambito delle proprie attività didattiche.

Il personale dell'Unità Operativa Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN) supporterà il personale scolastico nello svolgimento del percorso formativo e monitorerà la partecipazione delle scuole al progetto.

AZIONE EQUITY

PROGRAMMA	PP01
TITOLO AZIONE (10 di 10)	LA PREVENZIONE CORRE CON TE
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLA MODIFICA AMBIENTALE/ORGANIZZATIVA DI UN SETTING PER FAVORIRE L'ADOZIONE COMPETENTE E CONSAPEVOLE DI STILI DI VITA FAVOREVOLI



	ALLA SALUTE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	3.3 Supporto ai Settori responsabili di “ambienti organizzati” (setting) nella adozione di “pratiche raccomandate” per favorire stile di vita attivo (pause attive, Pedibus, Playground, Gruppi di cammino, Scale per la salute, Bike to work, ecc.)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS04 Incrementare la diffusione di opportunità per svolgere attività motoria in ambito scolastico mediante l'attivazione strutturale di Pedibus, Pause attive, Playground.	
OS04IS06	Numero scuole raggiunte dai progetti di promozione dell'attività fisica.
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT01 Sviluppare/consolidare i processi intersettoriali con MIUR-USR e con Comuni, Enti, Istituzioni, Terzo settore e altri stakeholder, finalizzati alla governance integrata delle azioni condotte nel setting scuola valorizzando il ruolo e la responsabilità del Sistema Scolastico	
OT01IT01	Accordi intersettoriali (a)
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza
SETTING	comunità;scuola

DESCRIZIONE

I risultati della sesta raccolta dati di OKkio alla SALUTE mostrano nella Regione Molise la persistenza di un alto livello di sovrappeso/obesità i cui fattori di rischio sono le cattive abitudini alimentari e uno stile di vita che non favorisce l'attività fisica. Rispetto ai dati delle raccolte precedenti, la vera differenza è data **dall'incremento dei bambini poco attivi fisicamente**, che risulta statisticamente significativo. Tale dato contribuisce a spiegare il fatto che non si osserva nessun reale miglioramento nel tempo delle abitudini di vita dei bambini.

L'azione proposta ha l'obiettivo di incrementare la percentuale dei bambini e degli adolescenti fisicamente attivi attraverso l'aumento del numero delle scuole primarie e secondarie di I grado che adottano nel PTOF percorsi di promozione dell'attività motoria da svolgere nel contesto scolastico ma anche in contesti informali, centri di aggregazione giovanile, in orario curriculare ed extra-curriculare con il coinvolgimento degli Enti Locali, del CONI, di Associazioni sportive, palestre e genitori.

Sottotitolo: Percorso per la promozione dell'attività fisica

Sulla base dell'analisi di contesto

- promuovo l'attivazione di programmi scolastici per l'attività motoria
- attivo collaborazioni con Scuola e Enti Locali, Soggetti no profit, altri soggetti della comunità locale

DURATA di svolgimento: annuale/biennale

Numero di classi da coinvolgere, per ciascun istituto: 30%

SETTING: SECONDARIA DI PRIMO GRADO e SECONDARIA DI SECONDO GRADO

DESTINATARI INTERMEDI: (docenti, amministratori locali, operatori del terzo settore)

DESTINATARI FINALI: alunni, genitori, cittadini.

DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO:

Il tema della Promozione dell'attività fisica a scuola è importante per la prevenzione della sedentarietà e il sostegno delle competenze relazionali degli allievi.

E' previsto un percorso di orientamento generale per ogni ordine di Scuola. I concetti saranno sviluppati attraverso laboratori esperienziali, moduli didattici che utilizzano tecniche interattive e approfondimenti teorici da parte degli insegnanti.

I concetti chiave del percorso per le scuole secondarie di primo grado sono: attività fisica, corporeità ambiente, paesaggio, sviluppo sostenibile,



I concetti chiave dei percorsi per le scuole secondarie di secondo grado sono: movimento, corpo, corporeità, identità personale, doping.

Il materiale per la realizzazione del progetto sarà fornito dalla LILT di Campobasso, in fase di presentazione.

PERCORSO PER LA SCUOLA SECONDARIE DI PRIMO GRADO:

OBIETTIVO: approfondire la definizione di salute (definizione OMS) che riguarda il rapporto con l'ambiente e lo sviluppo sostenibile.

FASI:

- 1) presentazione del progetto alla scuola, condivisione con gli insegnanti degli obiettivi e degli strumenti di lavoro.
- 2) Approfondimento curriculare da parte dei docenti in orario e realizzazione delle attività previste.
- 3) Implementazione del progetto fra scuola e territorio con il coinvolgimento attivo dei genitori.

AZIONI:

1) AZIONE:

La classe è suddivisa in 3 gruppi, che preparano 3 itinerari da fare a piedi. Il percorso a piedi deve essere di circa 60 minuti e dovrebbe prevedere il 70% dell'itinerario in spazi naturali e il 30% in spazi culturali. I percorsi preparati saranno sottoposti all'intera classe e sarà scelto quello ritenuto più sostenibile. Dopo il percorso scelto sarà proposto agli altri docenti e ai genitori.

2) AZIONE:

Gli insegnanti svolgeranno in orario curriculare attività di approfondimento tematico su: "I dieci indicatori di sostenibilità promossi dalla Campagna Europea Città Sostenibile" e "La carta europea del suolo".

3) AZIONE:

Si propone di organizzare un incontro con la Giunta Comunale per richiedere l'organizzazione di un Consiglio Comunale aperto, dedicato al tema degli "Indicatori di sostenibilità" e della "Carta europea del suolo". Nel Consiglio Comunale, la classe chiede di poter svolgere una relazione sui 3 itinerari documentati.

4) AZIONE:

Dopo l'incontro con l'Amministrazione Comunale, produzione di un giornale di classe con il contributo di tutti gli studenti che sviluppi i seguenti temi: Salute e luoghi di salute; Sostenibilità Ambiente.

Il giornale potrebbe essere redatto in forma multimediale con il contributo d'interviste e materiale fotografico.

5) AZIONE:

I ragazzi della classe accompagnano docenti e genitori in uno degli itinerari che sono stati individuati come favorevoli alla salute e al benessere.

PERCORSO PER LA SCUOLA SECONDARIE DI SECONDO GRADO:

Il percorso può essere svolto dagli insegnanti di Ed. Fisica, Scienze, Materia Tecnica, Materia Artistica, storia dell'arte e lettere.

Obiettivo del percorso è di stimolare un punto di vista attivo sulla promozione dell'attività fisica che parta dall'esplorazione delle conoscenze e dei vissuti personali legati al concetto di "rischio per la salute" per giungere alla creazione di un messaggio promozionale per la competizione leale e per la lotta al doping.

FASI:

- 1) presentazione del progetto alla scuola, condivisione con gli insegnanti degli obiettivi e degli strumenti di lavoro.
- 2) Approfondimento curriculare da parte dei docenti in orario e realizzazione delle attività previste.
- 3) Implementazione del progetto fra scuola e territorio con il coinvolgimento attivo dei genitori.

AZIONI:

- 1) L'insegnante, dopo una breve introduzione del percorso, propone alla classe un'attività di brainstorming sulle parole SFIDA, RISCHIO, LIMITE, CONTROLLO.



2) I docenti di educazione fisica e scienze conducono un approfondimento sui benefici dell'attività fisica e sui rischi per la salute e reali compromissioni fisiche (con concetti base di anatomia, patologia e biologia) derivanti dalla pratica del doping.

3) L'insegnante propone alla classe la visione di uno o più films a scelta personale legati al tema dello sport e doping/fair play. Ogni film è seguito dalla discussione e al termine della quale l'insegnante propone una breve attività di scrittura creativa dal titolo: "il mio sport preferito e i rischi legati alla sua pratica".

4) Laboratorio del messaggio pubblicitario per la promozione della pratica sportiva leale e la lotta al doping.

La classe, suddivisa in piccoli sottogruppi, elabora un messaggio pubblicitario sotto forma di slogan (spot multimediale, radiofonico o produzione grafica) dopo aver compilato la scheda per l'elaborazione di uno slogan contro il doping.

Gli studenti condividono gli slogan, votano il più gradito e s'impegnano per la sua diffusione all'interno della scuola, delle società sportive e dei media locali.

IMPEGNO ORARIO PREVISTO PER GLI INSEGNANTI: Può essere svolto da docenti interessati e richiede dalle 10 alle 20 ore di attività didattica, a seconda dello spazio che è lasciato alla pratica dell'attività motoria.

N. INCONTRI:

1) incontro con il gruppo di lavoro di 3 ore per la presentazione del progetto e l'adattamento alle esigenze didattiche degli insegnanti e le caratteristiche delle classi scelte.

2) Approfondimento laboratoriale di 3.5 ore per le classi target con metodologie interattive (condivisione dei vissuti e approfondimento cognitivo, simbolico, affettivo-relazionale) presso Luoghi di Prevenzione Molise.

MONITORAGGIO DELL'AZIONE EQUITY-ORIENTED

OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Aumento del numero dei bambini fisicamente attivi
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	Nell'individuazione delle buone pratiche /progetti efficaci sarà posta attenzione preferenziale a quelle che prevedono il coinvolgimento delle famiglie più svantaggiate che hanno meno opportunità di accesso ai servizi del territorio come i centri di attività sportiva, campi di calcio, palestre, anche comunali. Il coinvolgimento delle mamme sarà importante per il raggiungimento dell'obiettivo, attraverso interventi di formazione in quanto un basso livello d'istruzione incide sulla scarsa percezione degli esiti sulla salute ha la sedentarietà, associata ad un'alimentazione scorretta-. Gli strumenti di comunicazione per le famiglie saranno realizzati anche in plain language e in versioni semplificate con traduzione a fronte, in modo che possano essere fruiti più facilmente dalle persone con titolo di studio più basso o straniere. La costruzione di percorsi pedonali da casa a scuola e nel territorio comunale, coinvolgerà attivamente i bambini. La sicurezza stradale e la tutela dell'ambiente rappresenteranno elementi aggiuntivi ed innovativi che favoriranno una ricaduta del progetto sulla comunità. Pertanto tutte le azioni saranno condotte in co-progettazione con l'USR, le Scuole interessate e gli amministratori degli Enti locali che si occupano d'istruzione e sport.



	Si individuano alcune barriere che potrebbero richiedere l'adeguamento delle azioni: gli Istituti Comprensivi, in base alla propria autonomia, potrebbero non aderire anche se i progetti sono offerti attivamente; il coinvolgimento di altri stakeholder prevede un lavoro preliminare di advocacy e costruzione di obiettivi condivisi.
ATTORI COINVOLTI	Ufficio Scolastico Regionale, Assessorati istruzione e sanità della Regione, comuni, associazioni come la LILT e altri stakeholders operanti nel setting scuola (CONI, Società sportive), alunni genitori.
INDICATORE	aumentare la conoscenza dei benefici dell'attività fisica nella popolazione target <ul style="list-style-type: none"> • Formula: $N^{\circ} \text{ questionari corretti} / (N^{\circ} \text{ dei questionari somministrati al gruppo target}) * 100$ • Standard aumentare la conoscenza dei benefici dell'attività fisica nei bambini • Fonte Scuola
OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Aumento del numero dei bambini fisicamente attivi
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	<p>Nell'individuazione delle buone pratiche /progetti efficaci sarà posta attenzione preferenziale a quelle che prevedono il coinvolgimento delle famiglie più svantaggiate che hanno meno opportunità di accesso ai servizi del territorio come i centri di attività sportiva, campi di calcio, palestre, anche comunali. Il coinvolgimento delle mamme sarà importante per il raggiungimento dell'obiettivo, attraverso interventi di formazione in quanto un basso livello d'istruzione incide sulla scarsa percezione degli esiti sulla salute ha la sedentarietà, associata ad un'alimentazione scorretta-. Gli strumenti di comunicazione per le famiglie saranno realizzati anche in plain language e in versioni semplificate con traduzione a fronte, in modo che possano essere fruiti più facilmente dalle persone con titolo di studio più basso o straniere. La costruzione di percorsi pedonali da casa a scuola e nel territorio comunale, coinvolgerà attivamente i bambini. La sicurezza stradale e la tutela dell'ambiente rappresenteranno elementi aggiuntivi ed innovativi che favoriranno una ricaduta del progetto sulla comunità. Pertanto tutte le azioni saranno condotte in co-progettazione con l'USR, le Scuole interessate e gli amministratori degli Enti locali che si occupano d'istruzione e sport.</p> <p>Si individuano alcune barriere che potrebbero richiedere l'adeguamento delle azioni: gli Istituti Comprensivi, in base alla propria autonomia, potrebbero non aderire anche se i progetti sono offerti attivamente; il coinvolgimento di altri stakeholder prevede un lavoro preliminare di advocacy e costruzione di obiettivi condivisi.</p>
ATTORI COINVOLTI	Ufficio Scolastico Regionale, Assessorati istruzione e sanità della Regione, comuni, associazioni come la LILT e altri stakeholders operanti nel setting scuola (CONI, Società sportive), alunni genitori.
INDICATORE	Prevalenza di bambini attivi <ul style="list-style-type: none"> • Formula: $n \text{ di bambini fisicamente attivi} / \text{totale dei bambini intervistati} * 100$ • Standard incremento percentuale nella regione



	<ul style="list-style-type: none"> • FonteOKkio alla salute
OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Aumento del numero dei bambini fisicamente attivi
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	<p>Nell'individuazione delle buone pratiche /progetti efficaci sarà posta attenzione preferenziale a quelle che prevedono il coinvolgimento delle famiglie più svantaggiate che hanno meno opportunità di accesso ai servizi del territorio come i centri di attività sportiva, campi di calcio, palestre, anche comunali. Il coinvolgimento delle mamme sarà importante per il raggiungimento dell'obiettivo, attraverso interventi di formazione in quanto un basso livello d'istruzione incide sulla scarsa percezione degli esiti sulla salute ha la sedentarietà, associata ad un'alimentazione scorretta-. Gli strumenti di comunicazione per le famiglie saranno realizzati anche in plain language e in versioni semplificate con traduzione a fronte, in modo che possano essere fruiti più facilmente dalle persone con titolo di studio più basso o straniere. La costruzione di percorsi pedonali da casa a scuola e nel territorio comunale, coinvolgerà attivamente i bambini. La sicurezza stradale e la tutela dell'ambiente rappresenteranno elementi aggiuntivi ed innovativi che favoriranno una ricaduta del progetto sulla comunità. Pertanto tutte le azioni saranno condotte in co-progettazione con l'USR, le Scuole interessate e gli amministratori degli Enti locali che si occupano d'istruzione e sport. Si individuano alcune barriere che potrebbero richiedere l'adeguamento delle azioni: gli Istituti Comprensivi, in base alla propria autonomia, potrebbero non aderire anche se i progetti sono offerti attivamente; il coinvolgimento di altri stakeholder prevede un lavoro preliminare di advocacy e costruzione di obiettivi condivisi.</p>
ATTORI COINVOLTI	Ufficio Scolastico Regionale, Assessorati istruzione e sanità della Regione, comuni, associazioni come la LILT e altri stakeholders operanti nel setting scuola (CONI, Società sportive), alunni genitori.
INDICATORE	<p>Scuole raggiunte dai progetti di promozione dell'attività fisica.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formula:numero dei plessi scolastici raggiunti dai progetti/totale dei plessi • Standard aumento della percentuale dei plessi scolastici raggiunti dai progetti efficaci di promozione dell'attività fisica. • FonteScuola



3.2 PP02 Comunità attive

3.2.1 Quadro logico regionale

CODICE	PP02
REFERENTI DEL PROGRAMMA	Andrea Di Siena
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	MO1 Malattie croniche non trasmissibili
MACRO OBIETTIVO TRASVERSALE DI RIFERIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> - MO1 Malattie croniche non trasmissibili - MO5 Ambiente, Clima e Salute
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	<ul style="list-style-type: none"> - MO1-08 Promuovere l'adozione consapevole di uno stile di vita sano e attivo in tutte le età e nei setting di vita e di lavoro, integrando cambiamento individuale e trasformazione sociale - MO1-10 Sviluppare la gestione proattiva dei fattori di rischio modificabili della demenza al fine di ritardare o rallentare l'insorgenza o la progressione della malattia - MO1-17 Identificare precocemente e prendere in carico i soggetti in condizioni di rischio aumentato per MCNT e/o affetti da patologia in raccordo con le azioni del Piano Nazionale Cronicità - MO1-18 Favorire nelle città la creazione di contesti favorevoli alla salute anche attraverso lo sviluppo di forme di mobilità sostenibile e la creazione di aree verdi e spazi pubblici sicuri, inclusivi e accessibili anche alle persone più anziane - MO1-19 Ridurre la prevalenza di anziani in condizioni di fragilità - MO5-01 Implementare il modello della "Salute in tutte le politiche" secondo gli obiettivi integrati dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile e promuovere l'applicazione di un approccio One Health per garantire l'attuazione di programmi sostenibili di protezione ambientale e di promozione della salute - MO5-08 Promuovere e supportare politiche/azioni integrate e intersettoriali tese a rendere le città e gli insediamenti umani più sani, inclusivi e favorevoli alla promozione della salute, con particolare attenzione ai gruppi più vulnerabili della popolazione, - MO5-09 Migliorare la qualità dell'aria indoor e outdoor
LINEE STRATEGICHE DI INTERVENTO	<ul style="list-style-type: none"> - MO1LSk Sviluppo di programmi finalizzati alla riduzione del rischio per MCNT e alla presa in carico delle persone affette da patologia, per una gestione integrata e sistemica della cronicità, attraverso: interventi volti a promuovere competenze e comportamenti salutari nelle persone sane e malate e loro caregiver (health literacy, empowerment ed engagement), offerta di counseling individuale anche



	<p>in contesti opportunistici, per il contrasto del tabagismo e del consumo rischioso e dannoso di alcol e la promozione di sana alimentazione e attività fisica, attivazione di interventi strutturati di esercizio fisico, attivazione di procedure e percorsi preventivi e terapeutico-assistenziali integrati con interventi per le persone già affette da patologia, anche considerando le situazioni di multipatologia, secondo un approccio integrato tra prevenzione e cura</p> <ul style="list-style-type: none"> - MO1LSI Sviluppo di programmi intersettoriali per ottimizzare le politiche di pianificazione urbanistica in un'ottica di salute pubblica - MO1LSm Implementazione di programmi trasversali che impattino sui fattori di protezione per un invecchiamento in buona salute e con ridotto carico di malattia e disabilità (empowerment individuale e dei care giver, stili e ambienti di vita, condizioni e risorse sociali, rete di sostegno e di assistenza, etc.) - MO5LSI Partecipazione a Tavoli tecnici inter istituzionali sulle tematiche dell'Urban health e promozione delle Urban health Strategies - MO5LSm Interventi di formazione sull'adozione di strategie e interventi per sviluppare la salute costruendo ambienti favorevoli, indirizzati ai Dipartimenti di prevenzione e agli Ordini professionali coinvolti - MO5LSn Partecipazione e supporto alla definizione dei piani urbani di mobilità sostenibile (PUMS), ponendo particolare attenzione alla promozione della pedonabilità e la ciclabilità per un'utenza allargata - MO5LSo Promozione di interventi per incrementare la walkability dell'ambiente urbano e promuovere la mobilità attiva nei percorsi casa-scuola e casa-lavoro - MO5LSp Interventi per migliorare le conoscenze e la consapevolezza pubblica sui benefici della biodiversità sulla salute umana, sui benefici allo sviluppo psico-fisico dei bambini nell'interazione con la natura, sulla diffusione di spazi verdi e blu biodiversi, particolarmente nei contesti urbani - MO5LSs Partecipazione e supporto alla definizione dei piani regionali per migliorare la qualità dell'aria - MO5LSt Iniziative strutturate informative/educative rivolte alla popolazione su: Inquinamento dell'aria indoor, e dell'aria outdoor, con particolare riferimento ai rischi per la salute e alle misure di prevenzione
LEA	<ul style="list-style-type: none"> - B03 Valutazione igienico-sanitaria degli strumenti di regolazione e pianificazione urbanistica - F01 Cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni, con organizzazioni ed enti della collettività, per l'attuazione di programmi intersettoriali con il coinvolgimento dei cittadini, secondo i principi del Programma nazionale "Guadagnare salute" (DPCM 4.5.2007) - F02 Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione - F03 Prevenzione delle malattie croniche epidemiologicamente più rilevanti, promozione di comportamenti favorevoli alla salute, secondo priorità ed indicazioni concordate a livello nazionale - F05 Promozione dell'attività fisica e tutela sanitaria dell'attività fisica



3.2.2 Sintesi del Profilo di salute ed equità ed Analisi di contesto

La popolazione censita in Molise al 31 dicembre 2019 ammontava a 300.516 unità, con una riduzione del 10,8 per mille rispetto all'anno precedente e del 5,3 per mille in media ogni anno rispetto al Censimento 2011.

La struttura per genere della popolazione residente si caratterizza per una maggiore presenza di donne: 152.563, il 50,8% del totale.

I soggetti di età pari o superiore a 65 anni rappresentano il 22,9% della popolazione a fronte del 13,2% di soggetti di età inferiore ai 15 anni e l'indice regionale di vecchiaia raggiunge il 217,5%, valore sensibilmente maggiore della media della popolazione italiana pari a 173,1.

Il confronto con i dati del Censimento 2011 evidenzia un progressivo invecchiamento della popolazione, con ritmi superiori alla media nazionale.

L'età media della popolazione molisana ha raggiunto il valore di 46,8 anni (media nazionale 45,4) rendendo il Molise la seconda regione più anziana d'Italia dopo la Liguria.

Territorio		Molise						
Seleziona periodo		2017		2018		2019		
Tipo indicatore								
tasso di natalità (per mille abitanti)			6,9		6,2		6,4	(p)
tasso di mortalità (per mille abitanti)			12,5		12,1		12,1	(p)
crescita naturale (per mille abitanti)			-5,6		-5,9		-5,7	(p)



tasso di nuzialità (per mille abitanti)			3		3,2		2,8	(p)
saldo migratorio interno (per mille abitanti)			-3,7		-4,3		-4,4	(p)
saldo migratorio con l'estero (per mille abitanti)			3,4		1,2		2,7	(p)
saldo migratorio per altro motivo (per mille abitanti)			..		..		-3,9	(p)
saldo migratorio totale (per mille abitanti)			-0,3		-3,2		-5,6	(p)
tasso di crescita totale (per mille abitanti)			-6		-9,1		-11,3	(p)
numero medio di figli per donna			1,17		1,02		1,15	(e)
età media della madre al parto			32,6		32,4		32,6	(e)
speranza di vita alla nascita - maschi			79,8		80		80,4	(e)
speranza di vita a 65 anni - maschi			18,9		19		19,6	(e)



speranza di vita alla nascita - femmine			84,8		85,5		85,7	(e)
speranza di vita a 65 anni - femmine			22,4		22,9		22,7	(e)
speranza di vita alla nascita - totale			82,2		82,7		83	(e)
speranza di vita a 65 anni - totale			20,7		20,9		21,2	(e)
popolazione 0-14 anni al 1° gennaio (valori percentuali) - al 1° gennaio			11,6		11,5		11,3	
popolazione 15-64 anni (valori percentuali) - al 1° gennaio			64,4		64,3		64,1	
popolazione 65 anni e più (valori percentuali) - al 1° gennaio			23,9		24,2		24,6	
indice di dipendenza strutturale (valori percentuali) - al 1° gennaio			55,2		55,5		56,1	



indice di dipendenza degli anziani (valori percentuali) - al 1° gennaio			37,1		37,7		38,5	
indice di vecchiaia (valori percentuali) - al 1° gennaio			206		211,6		217,9	
età media della popolazione - al 1° gennaio			46,2		46,5		46,8	
Dati estratti il 19 ago 2021 14:51 UTC (GMT) da I.Stat								
Legend:								
p:	dato provvisorio							
e:	dato stimato							

Nel periodo 2011-2019 la popolazione di cittadinanza straniera è aumentata del 6% in media ogni anno.

L'età media degli stranieri è più bassa di 13 anni rispetto a quella degli italiani (34,3 anni contro 47,3 nel 2019).

Fra le cause di morte si registra una netta prevalenza delle malattie del sistema cardiocircolatorio: il tasso standardizzato mortalità per 10.000 abitanti nel 2018 è risultato pari a 32,17 (Italia 28.08), seguono i tumori: 22.3 (Italia 24.71).

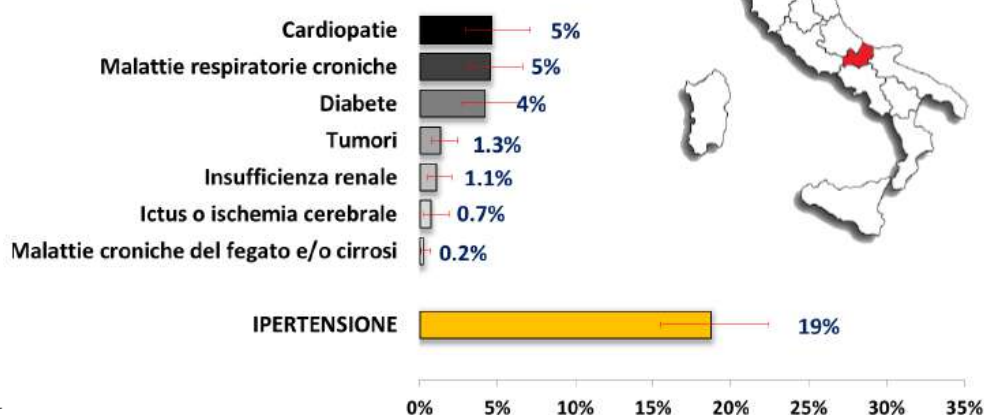
Le malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche contribuiscono per il 4,68 ogni 10.000 alla mortalità regionale (diabete 3,56). Tutti i valori sono superiori alla media nazionale.

Le differenze di genere mostrano valori di mortalità per 10.000 abitanti sensibilmente inferiori per il genere femminile; **malattie del sistema cardiocircolatorio**: maschi 39,66, femmine 26,71, **tumori**: maschi 30,13, femmine 16,23, **malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche**: maschi 5,69, femmine 3,86.

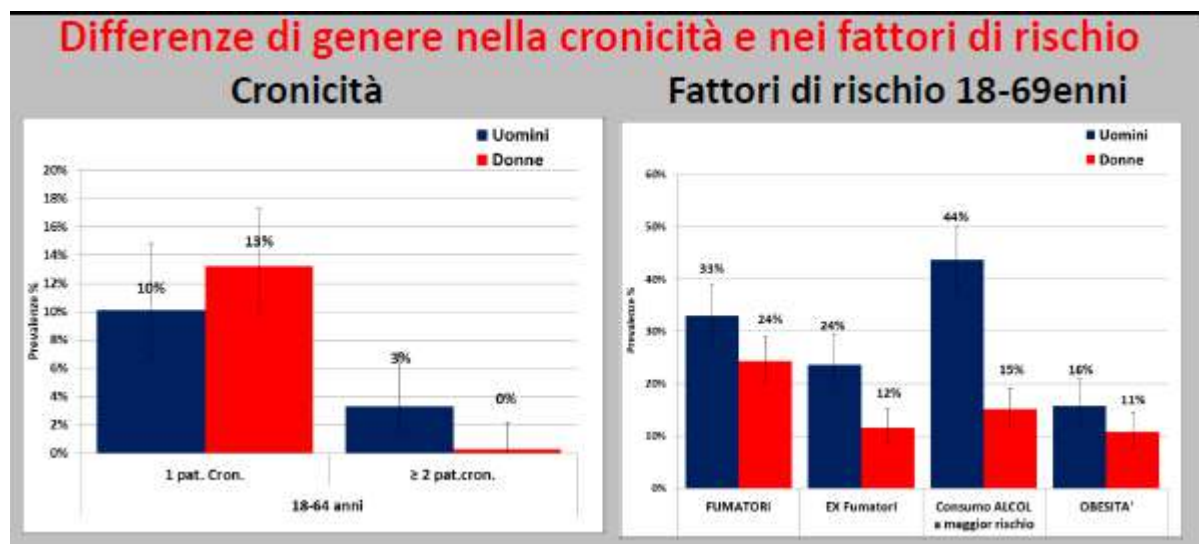
L' Azienda sanitaria regionale (ASReM), ha sviluppato un modello previsionale "Una popolazione a strati", in grado di individuare la popolazione affetta da cronicità e geolocalizzare patologie quali diabete, insufficienza cardiaca congestizia, BPCO, ipertensione, tumori, valutando il loro differente impatto sul territorio.

La stratificazione della popolazione consente sia di individuare a monte le classi di popolazione con una o più patologie croniche, condizioni che, in caso di emergenze quali il Covid-19, hanno fatto registrare i tassi maggiori di mortalità e ospedalizzazione, sia di meglio allocare le risorse finanziarie a disposizione.

18-64 anni



I



Alcuni determinanti delle malattie croniche, quali età e sesso, sono immodificabili, su altri, strettamente legati agli stili di vita: sovrappeso, attività fisica, fumo, consumo di alcol e abitudini alimentari, si può intervenire, agendo sul singolo e sulle comunità in un ottica One Health.



Premesso che il Molise si colloca fra le regioni che fanno registrare il più basso punteggio dell'indicatore composito sugli stili di vita (ISTAT) fra le regioni italiane (51,30), le informazioni principali relative a questi ultimi derivano dai sistemi di sorveglianza: OKkio alla Salute e HBSC per l'età evolutiva, PASSI e PASSI d'argento per la popolazione adulta e anziana.

Secondo i dati riferiti dai soggetti intervistati della fascia di età 18-69 anni nell'ambito del sistema di sorveglianza PASSI (2016-2019), nella nostra regione i soggetti in sovrappeso sono il 33,2% (la media italiana è del 31,5%), quelli obesi il 13,5% (media italiana 10,8%).

L'attenzione degli operatori sanitari al problema è bassa anche se superiore alla media nazionale: in Molise, infatti, il 53,5% ha ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di perdere peso (media italiana 46,9%).

L'eccesso ponderale in età adulta, presente già nelle fasce di età più giovanili, come evidenziato da OKkio alla Salute e HBSC, permane in quelle più anziane. L'indagine PASSI D'ARGENTO evidenzia negli ultrasessantacinquenni valori superiori alla media nazionale: soggetti in sovrappeso 56,6% (Italia 43,6%), obesi 23,3% (Italia 14,3%).

Dai dati PASSI (2016-2019), per quanto attiene all'attività fisica, in Molise il 33,0% degli intervistati è attivo (Italia 31,1%), il 31,2% parzialmente attivo (Italia 33,8%), il 35,8% sedentario (Italia 35%). Al 34,0 % degli intervistati (Italia 29,9%) è stato consigliato di fare attività fisica. I valori riferiti sono in linea con la media nazionale.

Per quanto riguarda gli ultrasessantacinquenni, i valori riferiti dai molisani sono migliori della media nazionale: è sedentario il 28,5% (Italia 39,4%), parzialmente o completamente attivo il 71,5% (Italia 60,6%), il punteggio medio PASE è 106,3% (Italia 94,2%), hanno ricevuto il consiglio di fare attività fisica il 36,7% degli intervistati (Italia 27,7%) (PASSI D'ARGENTO 2016-2019).

I fumatori molisani sono il 23,5% (Italia 25,3%), gli ex fumatori il 18,35% (Italia 17,6%). Se tali valori sono inferiori alla media italiana, ancora troppo bassa è l'attenzione degli operatori sanitari al consumo di tabacco: al 32,0% degli intervistati è stato chiesto se fuma (Italia 38,2%), e solo al 42,5% dei fumatori (Italia 51,6%), è stato consigliato di smettere.

L'indagine PASSI D'ARGENTO evidenzia che anche la percentuale degli ultrasessantacinquenni fumatori in Molise è inferiore alla media nazionale (5,2% vs 9,8%), gli ex fumatori sono il 22,1% (Italia 26,9%). Anche in questo caso, una percentuale di fumatori inferiore alla media nazionale (54% vs 67,3%). riferisce di aver ricevuto il consiglio di smettere di fumare da un medico o da un operatore sanitario.

Il Molise si distingue fra le regioni del Sud per un consumo di alcol a "maggiore rischio" per la salute e per consumo di tipo "binge" simile a quello delle regioni del Nord Italia.

Nella nostra regione, infatti, il 61,9% delle persone intervistate beve alcol (Italia 55,6%), il 16,8% lo consuma fuori dei pasti (Italia 8,3%), il 3,2% ha un consumo elevato di alcol (Italia 2,8%).

Il binge drinking riguarda il 19,2% degli intervistati (Italia 9,3), una tipologia di consumo a maggior rischio interessa il 29,2% della popolazione molisana (Italia 16,8%), solo il 7,7% dei bevitori a maggior rischio ha ricevuto da un medico il consiglio di bere di meno (Italia 6,3%) (PASSI 2016-2019).

Maggiore sensibilità al problema si ha nei confronti degli ultrasessantacinquenni: la percentuale di coloro ai quali è stato consigliato di ridurre il consumo di alcol sale al 14,4%, maggiore della media nazionale (10,8%) (PASSI D'ARGENTO 2016-2019).

In Italia, 1 adulto su 10 consuma la quantità di frutta e verdura raccomandata dalle Linee guida per una corretta alimentazione, ovvero 5 porzioni al giorno (five a day). In Molise tale comportamento virtuoso è praticato dal 4,3% della popolazione adulta.



Se l'adesione al "five a day" resta un'abitudine di pochi, in Italia quasi la metà della popolazione consuma almeno 3 porzioni di frutta e verdura al giorno; in Molise tale percentuale è significativamente minore: 35,7% a fronte di una media nazionale di 48,8%.

Stesso andamento si riscontra fra gli ultrasessantacinquenni: rispettivamente 4,8% (Italia 11,2%) e 42,6% (Italia 55,3%).

Gli adulti che in Molise fanno attenzione al consumo di sale sono il 50,5% (Italia 57,8%), il 25,9% (Italia 26,6%) delle persone che hanno avuto un contatto con un operatore sanitario ha ricevuto il consiglio di fare attenzione o ridurre il consumo di sale.

L'inverso avviene per quanto attiene al sale iodato: usa saltuariamente il sale iodato l'89,1% degli adulti molisani (Italia 71,7%), mentre il consumo abituale di sale iodato riguarda il 75,0% di loro (Italia 53,4%).

In Molise meno del 2% della popolazione di età di 18-69 anni intervistata dall'indagine PASSI 2016-2019 non presenta alcun fattore di rischio cardiovascolare. La percentuale di soggetti ipertesi o ipercolesterolemici è analoga a quella nazionale (circa 20%). Inferiore alla media italiana è, invece, il numero di coloro che hanno misurato la pressione arteriosa negli ultimi due anni.

L'indagine "PASSI D'ARGENTO" evidenzia che, rispetto ai valori registrati a livello nazionale, in Molise la percentuale di anziani con basso livello d'istruzione è leggermente maggiore (53,4% vs 47,4%), mentre significativamente minore è quella di chi ha difficoltà economiche (2% vs 10,3%), di chi vive solo (14,8% vs 20%) o ha avuto necessità di ricorrere al proxy per l'intervista (7,2%).

La quota di ultrasessantacinquenni che ritengono di sentirsi poco o per niente soddisfatti della propria vita in Molise (9,8%) è minore di quella nazionale (20,5%), complessivamente tutti gli indicatori riflettono una situazione migliore di quella registrata a livello nazionale: miglior stato di salute percepito positivamente, minor numero di giorni in cattiva salute psichica e fisica, minor numero medio di giorni con limitazione delle attività quotidiane.

Quasi 1 ultrasessantacinquenne su 3 (29,6%) rappresenta una risorsa per i propri familiari o per la collettività, analogamente a quanto avviene a livello nazionale, gli anziani molisani si distinguono per una maggior partecipazione a eventi sociali (37,6% vs 21,9%).

Nella tabella sotto riportata sono evidenziati percentuali e numero degli esposti al fattore di rischio determinati dalle disuguaglianze e le morti evitabili eliminando le disuguaglianze.

Fattore di rischio	Prevalenza	PAF%	N.soggetti dis.	RA	PAF%	N. Morti dis
Alcol abituale	29,3	14,9	8029	7,8	1,9	15
Alcol a rischio	9,4	40,5	6975			
Fumatori	23,2	18,3	7805	21,4	2,7	22
Forti fumatori	6,1	42,1	4721			
Sedentari	64,4	26,2	31048	16,8	4,5	36
no 5 F&V a day	93,5	3,4	5857			
no 3 F&V a day	45,2	24,3	20190	2,2	0,3	2
Poche F&V	19,7	11,6	4172			
Troppe carni	44,1	-3,6	-2953			
Troppi grassi	3,3	-8,1	-501			
sovrappeso	54,6	17,9	17922	12,8	2,6	21



Obesi	14	52,7	13600			
				48,5	9,5	75

Dall'esame della tabella, redatta utilizzando gli indicatori CoEsDi e CoMoDi, si evince che in numeri assoluti, la possibile riduzione dell'esposizione dovuta alle disuguaglianze è maggiore per la sedentarietà, il consumo di frutta e verdura inferiore alle tre porzioni al giorno e per l'eccesso ponderale, in termini percentuali per l'obesità, il consumo di alcol a rischio e l'essere forte fumatore. Il consumo eccessivo di carne e grassi è invece più diffuso negli strati sociali più avvantaggiati.

La sedentarietà è responsabile anche del maggior numero di morti evitabili, eliminando le disuguaglianze.

Analizzando i dati relativi alla sedentarietà per genere e per fascia di età, si evince che le classi di età maggiormente implicate sono per gli uomini quelle dei 30-44 anni e 55-64 anni, per le donne quella dei 45-54 anni.

I dati nazionali evidenziano, inoltre, che questo comportamento tocca i picchi più alti tra i 50 e i 69 anni, tra le donne, tra le persone che hanno un titolo di studio basso o assente, tra chi incontra molte difficoltà economiche, tra i cittadini stranieri e tra coloro che vivono nelle regioni del Sud.

Il peso epidemiologico, sociale ed economico delle malattie croniche, principale problema in Molise in tema di sanità pubblica, almeno fino all'insorgenza della pandemia COVID-19, è destinato ad aggravarsi in ragione dell'innalzamento dell'età media della popolazione molisana che, secondo i dati ISTAT relativi al 2019 ha raggiunto il valore di 46,8 anni (media nazionale 45,4), rendendo il Molise la seconda regione più anziana d'Italia dopo la Liguria.

La problematica è stata affrontata dai precedenti Piani Regionali della Prevenzione 2010-2013 e 2014-2019 sia pure con diversa impostazione.

Il PRP 2010-2013 ha sviluppato in prevalenza programmi di prevenzione secondaria e terziaria: medicina predittiva, prevenzione rivolta a gruppi di popolazione a rischio, prevenzione delle complicanze e recidive di malattia: es. «Progetto CUORE – Applicazione della carta del rischio cardiovascolare», diagnosi precoce del diabete nell'ambito del "Piano per la Malattia diabetica", progetto "RE.MOL.IC." per la costruzione di una REte MOLisana dell'Ictus Cerebrale.

Il Piano 2014-2018 ha, invece, affrontato la problematica con un approccio basato prevalentemente sulla prevenzione primaria e sui principi di Guadagnare Salute.

Gli obiettivi del Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025 sono, pertanto, in larga misura, comuni a quelle del "Programma regionale di contrasto alle MC" del precedente piano che, se non pienamente raggiunti, possono trovare completamento nel nuovo PRP 2020-2025.

Il precedente Programma di contrasto alla MCNT era fortemente integrato e connesso al Programma "Scuola, salute e benessere". La sua attuazione ha consentito nel 2016 la sottoscrizione di un

protocollo d'intesa interistituzionale tra la Direzione Generale Regionale per la Salute e l'Ufficio Scolastico Regionale per l'attuazione di alcuni Programmi del PRP 2014-2018.

Tale protocollo, in fase di rinnovo, già prevedeva la realizzazione di percorsi di formazione congiunta per docenti e operatori sociosanitari, il coinvolgimento attivo delle famiglie e degli alunni nei programmi d'intervento anche attraverso le associazioni dei genitori e le consulte degli studenti, la ricerca di alleanze e di sinergie nella fase della progettazione degli interventi con gli Enti Locali, il mondo del volontariato, i soggetti dell'organizzazione sportiva, le associazioni operanti nel settore e i media locali, ciò al fine di assicurare forme di interazione con la comunità nelle sue articolazioni sociali, economiche, culturali e del tempo libero, la possibilità, infine, di estendere il campo d'azione a contesti extrascolastici;

A livello ASReM, per l'attuazione del programma "Scuola, salute e benessere" è stata creata una **Rete di Promotori della Salute**, costituita da personale appartenente a diverse strutture ed Unità Operative, il quale collabora anche alle rilevazioni previste dai sistemi di sorveglianza. A causa di



mutamenti organizzativi e del collocamento a riposo di larga parte del personale ASReM, la rete necessita deve essere rinnovata.

Per l'attuazione del programma "Scuola, salute e benessere", infine, è stata attivata la collaborazione con l'Associazione provinciale di Campobasso della LILT, finalizzata all'attuazione e la rendicontazione degli obiettivi del programma stesso.

E' stata, inoltre, sottoscritta una convenzione con la struttura dedicata alla promozione della salute **"Luoghi di Prevenzione Molise"**, sita a Larino, gestita dalla suddetta sezione della LILT, per un'azione di supporto trasversale a tutte le attività del PRP e alle politiche di prevenzione.

La collaborazione LILT Campobasso-ASReM-Enti Locali, ha determinato, nel 2018, la stipula di convenzioni per la **promozione della salute e del benessere della comunità mediante la diffusione dell'attività sportiva di Nordic Walking** con i comuni di Termoli e Larino.

Il "Programma Regionale di contrasto alle malattie croniche non trasmissibili" del precedente piano 2014-2018, nella considerazione che, come rilevato dal Sistema di Sorveglianza PASSI, in media, solo il 50% di chi ha comportamenti a rischio, riceve consigli adeguati per modificarli, ha previsto l'offerta di un percorso motivazionale al cambiamento finalizzato alla riduzione dell'incidenza delle MCNT, ovvero delle loro complicanze, attraverso la **formazione e l'addestramento al counselling breve e al colloquio motivazionale degli operatori sanitari**: Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, personale dipendente che opera nelle strutture ospedaliere e territoriali.

Attività formativa è stata svolta nel 2017 presso Luoghi di Prevenzione di Larino, con evento accreditato ECM in due edizioni "FormAzione per il cambiamento", esteso a tutto il personale e ai volontari.

I docenti del corso avevano, a loro volta, seguito i corsi di formazione sul counselling sanitario dell'ISS, e percorsi formativi sull'approccio motivazionale: "Habits Lab" (applicazioni del Modello Transteorico del Cambiamento nella gestione dei comportamenti a rischio legati a stress, fumo, alcol e consumo problematico di altre sostanze psicoattive, disturbi del comportamento alimentare, sedentarietà) presso Luoghi di Prevenzione di Reggio Emilia.

Nel 2018 l'attività formativa dal titolo "Promuovere salute: le competenze professionali di supporto al cambiamento degli stili di vita", accreditata ECM, è stata inserita nel Piano Formativo aziendale e riproposta in più edizioni e sedi diverse (Campobasso, Venafrò, oltre a Larino).

Un elemento di criticità è stato rappresentato dalla **mancata partecipazione dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di libera scelta**, ai quali in primis, d'intesa con i Direttori di Distretto, va indirizzata per il futuro l'attività formativa.

Era previsto, inoltre, l'**individuazione precoce dei soggetti considerati a rischio**, ai quali proporre, sulla base del rischio individuale, un intervento multisettoriale sugli stili di vita e un follow up clinico a seconda della classe di rischio (Linea Progettuale "Vita SiCura") in continuità con gli interventi di prevenzione secondarie e terziaria già avviati con il Piano Regionale 2010-2013.

Il "Programma Regionale di contrasto alle malattie croniche non trasmissibili" del precedente piano 2014-2018 riteneva necessario il sostegno a scelte salutari attraverso una **campagna di comunicazione a supporto delle azioni del piano "ComunicAzione per la salute"**, attuata solo parzialmente:

- campagna sui temi di "Guadagnare salute" con l'uso di materiale già validato, disponibile sui siti ISS, Ministero della Salute o DORS e non utilizzato in Molise;
- campagna per l'uso delle scale negli edifici pubblici e luoghi accessibili al pubblico;
- campagne a sostegno dell'attività fisica nella popolazione generale e dei "gruppi di cammino";
- diffusione di informazioni, messaggi, decaloghi in situazioni opportunistiche.

È necessario **rinnovare il Comitato di Coordinamento, realizzando maggiore coinvolgimento dei distretti, degli Enti locali, delle istituzioni e delle Associazioni.**

Era, infine, previsto lo sviluppo di programmi per promuovere e diffondere la pratica dell'esercizio fisico, anche attraverso la prescrizione, nelle persone con patologie croniche (Linea Progettuale "Non mi fermo"), che prevedeva la stesura di un documento contenente gli indirizzi regionali sulla promozione dell'esercizio fisico nei soggetti con patologie croniche, la promozione di corsi di formazione per i medici



prescrittori anche del tipo "Active doctor-active patient", la realizzazione di una rete tra Servizi di Medicina dello Sport, altri specialisti coinvolti e MMG, oltre alla sensibilizzare le amministrazioni per attivazione percorsi salutari per lo svolgimento di attività fisica non strutturata (gruppi di cammino, nordic walking).

Non sono stati forniti indirizzi, a livello regionale, sulla promozione dell'esercizio fisico nei soggetti con patologie croniche

Stante il ruolo di super-setting che il PNP assegna agli Enti Locali, va valorizzata inoltre l'esperienza di **collaborazione interistituzionale fra ASReM-Distretto di Frosolone, Istituto Scolastico omnicomprensivo e amministrazione comunale, di cui al progetto " Pianeta giovani", premiata al Forum della Pubblica Amministrazione di Roma come Buona pratica per Guadagnare Salute" 2009.**

Vanno valutati inoltre i cambiamenti determinati dall'**emergenza dovuta al CoViD-19**: la necessità, infatti, di mantenere il distanziamento e di evitare assembramenti ha modificato alcune abitudini salutari, scoraggiato la frequentazione di luoghi di aggregazione e incrementato la sedentarietà, oltre a slatentizzare disturbi del comportamento alimentare.

Va considerato che proprio la fascia di popolazione più anziana, che più di altre beneficerebbe di situazioni di socializzazione e integrazione, quali ad esempio la coltivazione degli orti didattici e l'accompagnamento dei ragazzi nel pedibus, è quella più esposta al rischio di contrarre la malattia nelle sue forme di maggiore severità.

Dal punto di vista dell'assistenza sanitaria, la regione è organizzata in un'unica Azienda Sanitaria Regionale (ASReM, articolata in tre distretti).

Dall'esame della tabella relativa alla distribuzione dei comuni per zona altimetrica, è possibile evidenziare le differenze fra i distretti di Isernia e Campobasso, che presentano una superficie prevalentemente montuosa e quello di Termoli con superficie prevalentemente collinare.

Numero di comuni dell'ASReM classificati per zona altimetrica					
Distretti socio-sanitari	Collina litoranea	Collina interna	Montagna interna	Totale	% dei Comuni sul totale
Campobasso		14	37	51	38
Termoli	11	18	4	33	24
Isernia		9	43	52	38
Totale	11	41	84	136	100

Distribuzione della superficie territoriale in (kmq) dei comuni della ASReM in relazione al grado di urbanizzazione				
Distretti socio-sanitari	Densamente popolato	Densità intermedia	Scarsamente popolato	Totale
Campobasso	56	53	1.398	1.506
Termoli		116	1.420	1.535
Isernia		56	1.363	1.419
Totale	56	224	4.181	4.461



Le aree comunali afferiscono in modo uniforme in tutti e tre i distretti al grado di urbanizzazione "scarsamente popolato", solo il 5% afferisce alla "densità intermedia" e il solo comune di Campobasso presenta un grado di urbanizzazione tale da consentire la classificazione di "densamente popolato".

Per quanto attiene alla distribuzione della popolazione, per genere e per fascia d'età nei diversi distretti, si ha la seguente ripartizione:

Popolazione femminile ASReM per fasce di età					
Distretti socio-sanitari	Anni 0-6	Anni 7-18	Anni 19-65	Anni>65	Totale
Campobasso	3.092	6.332	38.667	16.090	64.181
Termoli	2.618	5.416	31.524	12.241	51.799
Isernia	2.130	4.089	26.924	10.966	44.109
Totale	7.840	15.837	97.115	39.297	160.089

Popolazione maschile ASReM per fasce di età					
Distretti socio-sanitari	Anni 0-6	Anni 7-18	Anni 19-65	Anni>65	Totale
Campobasso	3.309	6.753	38.620	11.861	60.543
Termoli	2.859	5.832	31.819	9.487	49.997
Isernia	2.338	4.335	27.768	8.278	42.719
Totale	8.506	16.920	98.207	29.626	153.259

Il reddito medio per abitante, in era pre-covid, risultava maggiore fra i residenti nel distretto di Isernia, ma comunque sempre sensibilmente inferiore alla media nazionale.

Reddito medio per abitante dei Distretti Sanitari dell'ASReM			
Distretti socio-sanitari	Reddito medio per abitante	Scostamento % da media ASReM	Scostamento % da media Italia
Campobasso	€ 7.220	-4%	-41%
Termoli	€ 7.174	-12%	-41%
Isernia	€ 8.084	7%	-34%
Media ASReM	€ 7.539	0%	-38%
Media Italia	€ 12.159		

E' già stato evidenziato come il Molise sia una regione povera che presenta uno scostamento per reddito pro-capite medio del 38% rispetto alla media nazionale e che pertanto ci si trova ad operare con risorse limitate. E' pertanto indispensabile un'opera di pianificazione urbanistica attiva da parte delle Amministrazioni Locali, favorendo gli spostamenti a piedi, in bicicletta e con i mezzi pubblici, la progettazione di un tessuto urbano compatto e con un uso misto degli spazi, la promozione dell'uso delle strutture per l'attività sportiva a favore dei gruppi più svantaggiati.

Le caratteristiche paesaggistiche, la relativa scarsità del traffico veicolare e la presenza di dislivelli altimetrici significativi, presenti nella maggior parte dei piccoli comuni del territorio possono, infatti, consentire il raggiungimento di livelli ottimali di attività fisica nella popolazione.

Forti della lunga tradizione di un turismo basato sui gruppi di cammino ("Cammina Molise" è ormai giunta alla 27° edizione) e del crescente interesse manifestato dopo il lock down nei confronti del Molise, regione sulla cui esistenza si è a lungo ironizzato, è necessario strutturare tali esperienze, limitate prevalentemente ai due mesi estivi, distribuendole nel corso di tutto l'anno, favorendone la condivisione fra turisti e residenti.

Di pari passo va favorito il recupero delle tradizioni alimentari del territorio, proprie di una cucina "povera", che prevede l'utilizzo di ricette preparate con ingredienti semplici e genuini, secondo la tradizione locale, evitando gli sprechi, talvolta con il ricorso a prodotti vegetali a crescita spontanea.

La peculiarità della Regione Molise caratterizzata da un'unica Azienda Sanitaria Regionale consente il diretto coinvolgimento dei vertici aziendali e dei sindaci costituenti la Conferenza di Sindaci e il Comitato dei Sindaci di Distretto. A tali organismi il programma va prioritariamente illustrato, al fine di ottenere una progettazione esecutiva partecipata.

Punti di forza	Punti di debolezza
-Continuità con il precedente Piano -Presenza di una rete di Promotori della Salute -Organizzazione sanitaria che prevede la coincidenza fra ASReM e Regione Molise e ruolo centrale del Distretto Popolazione anziana più attiva, soddisfatta della propria vita e socialmente inserita	-Carenza di personale -Difficoltà di coinvolgimento MMG e PLS -Dispersione della popolazione sul territorio
Opportunità	Minacce
- Possibilità di promozione congiunta Salute e Territorio -Integrazione fra soggetti di diverse età e strati sociali	-Situazione epidemiologica per emergenza Covid-19 -Errata valutazione delle priorità da parte degli Enti Locali

3.2.3 Scheda di programma

3.2.3.1 Descrizione dal PNP

Il Programma mira a promuovere l'adozione consapevole di uno stile di vita sano e attivo in tutte le età per contribuire al controllo delle MCNT e ridurre le complicanze. Per raggiungere l'obiettivo complessivo dell'adozione di corretti stili di vita, va facilitato il coinvolgimento delle persone con disabilità, quelle portatrici di disagio psichico o disturbo mentale, quelle che vivono in condizioni di svantaggio socio-economico e di fragilità, solitamente meno attive e più difficili da raggiungere e coinvolgere.

In accordo alle *Linee di indirizzo sull'attività fisica per le differenti fasce d'età e con riferimento a situazioni fisiologiche e fisiopatologiche e a sottogruppi specifici di popolazione - Accordo Stato-Regioni 7 marzo 2019*, nell'ottica di ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle MCNT, il Programma prevede lo sviluppo di strategie multisettoriali volte a favorire l'integrazione delle politiche sanitarie con quelle sociali, sportive, turistiche, culturali, economiche, ambientali, sviluppando anche interventi per creare contesti ed opportunità favorevoli all'adozione di uno stile di vita attivo.

Tali strategie, pertanto, sono finalizzate a:

- coinvolgere il più ampio e qualificato numero di *stakeholder*, riconoscendo identità e ruoli diversi, con particolare riguardo agli enti locali (Comuni e municipalità) quali *super-setting* in cui gli altri convergono;

- favorire una programmazione condivisa fin dall'inizio dei processi, con chiarezza degli obiettivi e delle responsabilità, costruendo convergenze programmatiche e alleanze di scopo su obiettivi condivisi;
- rafforzare l'attenzione sulle disuguaglianze, non solo di natura economica e sociale, ma anche in relazione ad aree di residenza, livelli di istruzione, genere, fragilità e disabilità;
- incentivare interventi di formazione comune rivolti ai professionisti di tutti i settori coinvolti, per lo sviluppo di adeguate competenze, per comprendere e condividere le motivazioni dell'agire di tutti i soggetti coinvolti;
- sensibilizzare la popolazione sull'importanza di uno stile di vita attivo e dello sport come strumento per il benessere psico-fisico;
- coinvolgere le persone e le comunità per favorire l'acquisizione di autonomia e proattività nella gestione della salute e del benessere (*engagement*).

Il Programma si rivolge alle fasce di età Bambini e Adolescenti, Adulti e Anziani, così come individuate nelle Linee di indirizzo sopra citate e si articola quindi nello sviluppo di:

- a) interventi finalizzati alla creazione di contesti specifici idonei alla promozione dell'attività motoria con interventi strutturali e ambientali;
- b) interventi sulla popolazione sana, sedentaria o non sufficientemente attiva, promuovendone il movimento in setting specifici (scolastico, lavorativo e di comunità), sia nella quotidianità che in occasioni organizzate;
- c) interventi sulla popolazione di ogni fascia d'età, con presenza di uno o più fattori di rischio, patologie specifiche o condizioni di fragilità (anziani), anche attraverso programmi di esercizio fisico strutturato o di attività fisica adattata (AFA);
- d) azioni di comunicazione, informazione e formazione, rivolti sia alla popolazione che agli operatori sanitari.

Il Programma, in linea con principi e obiettivi del PNP, adotta le lenti dell'equità, secondo il modello operativo proposto dal PNP (HEA), che prevede le seguenti fasi: elaborazione del profilo di salute ed equità, identificazione di aree/gruppi a più alto rischio di esposizione o di vulnerabilità ai fattori di rischio, conseguente adeguamento/orientamento dell'intervento in termini di disegno e allocazione, valutazione di impatto.

3.2.3.2 Sintesi delle principali evidenze e buone pratiche e relative fonti

Inattività fisica e sedentarietà contribuiscono al carico di malattie croniche ed impediscono un invecchiamento in buona salute, con un impatto maggiore nelle aree e nei gruppi di popolazione più svantaggiati. Attività ed esercizio fisico non solo contribuiscono in ogni età a migliorare la qualità della vita, ma influiscono positivamente sulla salute, sul benessere e sull'adozione di altri stili di vita salutari, anche attraverso processi di inclusione ed aggregazione nella società. Promuovere l'attività fisica è un'azione di sanità pubblica prioritaria che tuttavia necessita di strategie integrate che tengano conto del peso dei determinanti economici e politici di settori quali la pianificazione urbanistica e dei trasporti, l'istruzione, l'economia, lo sport e la cultura e coinvolgano, quindi, il più ampio numero di *stakeholder*, riconoscendo identità e ruoli.

La promozione dell'attività fisica, secondo le raccomandazioni OMS, si propone di favorire uno stile di vita attivo che consenta di ottenere benefici significativi e diffusi nella popolazione. L'esercizio fisico permette di ottenere infatti risultati specifici a livello individuale, sia nei soggetti sani che in quelli affetti da patologie croniche, migliorando in entrambi il livello di efficienza fisica e benessere.

1. *Global action plan on physical activity 2018-2030: more active people for a healthier world- World Health Organization 2018*
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272722/9789241514187-eng.pdf>
2. *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. Geneva: World Health Organization; accessed 12 June 2015*
<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/en/>
3. *Physical activity strategy for the WHO European Region 2016–2025 –OMS* <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/physical-activity-strategy-for-the-who-european-region-20162025>
4. *Documento programmatico "Guadagnare salute". DPCM 4 maggio 2007 –Ministero della salute*
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_normativa_1435_allegato.pdf
5. *Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 - Ministero della salute* http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2285_allegato.pdf

6. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 12 gennaio 2017 con i nuovi Livelli essenziali di assistenza - LEA (Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017 Supplemento ordinario n.15).

Linee di indirizzo sull'attività fisica per le differenti fasce d'età e con riferimento a situazioni fisiologiche e fisiopatologiche e a sottogruppi specifici di popolazione - Accordo Stato-Regioni 7 marzo 2019

3.2.3.3 Declinazione a livello regionale del Programma

Fra i vari determinanti delle MCNT, si può ritenere che l'eccesso ponderale, oltre al consumo di alcol a rischio, rappresenti una priorità per la nostra Regione, interessando tutte le età da quelle più giovanili a quelle più anziane.

Oltre a promuovere un'alimentazione a minore densità energetica e più ricca di frutta e verdura, secondo la tradizione mediterranea, appare necessario, pertanto, favorire l'attività fisica e combattere la sedentarietà, creando condizioni favorevoli a uno stile di vita attivo attraverso strategie multisettoriali, volte a favorire l'integrazione delle politiche sanitarie con quelle sociali, sportive, turistiche, culturali, economiche, ambientali per la creazione di contesti

Oltre ai suoi riflessi sullo stato ponderale, l'inattività fisica di per sé è responsabile, nella Regione europea dell'OMS, ogni anno, di un milione di decessi (il 10% circa del totale) e di 8,3 milioni di anni persi al netto della disabilità (Disabilityadjusted life years, DALY). Si stima che siano imputabili all'inattività fisica il 5% delle affezioni coronariche, il 7% dei casi di diabete di tipo 2, il 9% dei tumori al seno e il 10% dei tumori del colon.

La comunità nel suo complesso va sostenuta nelle scelte e nelle operazioni volte al conseguimento ed al mantenimento della salute dei cittadini che vi appartengono.

Il presente programma, riferito alla regione Molise, ritiene indispensabile e prioritario il coinvolgimento degli Enti Locali, intesi come super-setting in cui gli altri stakeholder convergono per l'attuazione delle politiche del Piano, ottenuto il più precocemente possibile: a partire dalla presentazione del programma alla Conferenza dei Sindaci, organismo ASReM che "esercita le proprie funzioni generali di indirizzo e verifica, assicurando l'effettiva partecipazione di tutti i Comuni del territorio di riferimento e l'integrato e coerente sviluppo, negli ambiti di propria competenza, degli indirizzi generali e dei contenuti specifici dei piani regionali".

La coincidenza territoriale fra Regione e ASReM, del resto, comporta una semplificazione della catena di comando e minore necessità di coordinamento fra i diversi servizi rispetto alle regioni articolate in più Aziende sanitarie.

A livello distrettuale, inoltre, gli Enti Locali vengono coinvolti anche attraverso il Comitato dei Sindaci di Distretto che esprime pareri su proposte, formulate dal Direttore del Distretto, relative al Programma delle attività territoriali-distrettuali.

Va pertanto garantito il sostegno ai Comuni nel percorso di adesione alla carta di Toronto, alla Rete delle Città Sane, alla Settimana europea della mobilità sostenibile.

Una delle fasi propedeutiche alla programmazione e all'implementazione del programma è rappresentata dalla ricognizione dell'offerta di opportunità per l'attività motoria e sportiva presenti sul territorio regionale attraverso il censimento delle strutture sportive, aree attrezzate, spazi verdi, piste ciclabili e pedonali, percorsi paesaggistici che costituirà la base di partenza per un ampliamento dell'offerta ai cittadini di opportunità per lo svolgimento di attività fisica e sportiva. promossa dal programma, che tenga conto anche delle esigenze delle persone in condizioni di fragilità, disabilità o disagio psichico.

Ciò comporta inevitabilmente la necessità di ridisegnare il tessuto urbano e il territorio circostante, garantendo opportunità per la pratica dell'Attività Fisica facilmente fruibili da cittadini di ogni livello socioeconomico e perseguendo soluzioni diverse sulla base di variabili quali l'altimetria, il grado di urbanizzazione: (4 Centri con popolazione superiore ai 10.000 abitanti: Campobasso, Isernia, Termoli,



Venafro, 36 centri con popolazione <10.000 e >1500 abitanti, 96 piccoli centri <1500 abitanti), l'eventuale appartenenza del comune alla cosiddette "zone interne", caratterizzate dall'elevata distanza dai principali centri di offerta dei servizi essenziali, dallo spopolamento e dal progressivo invecchiamento della popolazione residente.

Nel loro ruolo di super-setting, deputati al coinvolgimento degli altri stakeholder, secondo i principi della progettazione partecipata, gli Enti locali devono essere accompagnati in processi di ascolto e di consultazione di cittadini, gruppi sociali destinatari, amministratori e tecnici, in particolare per quanto attiene alla pianificazione urbanistica attiva, in connessione con il Programma PP09.

Verranno individuate/formate figure di facilitatori, con la funzione di stimolare il confronto e la collaborazione tra i diversi attori e selezionare gli strumenti più adatti ai diversi contesti: di ascolto dei cittadini e dei gruppi di interesse (di consultazione e interazione costruttiva, di tecniche per il raggiungimento di conclusioni condivise e la promozione di processi deliberativi).

Tenuto conto che passeggiare nel contesto in cui si vive è un'attività non economicamente dispendiosa, al fine di favorire il coinvolgimento di gruppi sociali più svantaggiati, oltre a riproporre e proseguire l'attività di nordik-walking già svolta nel precedente Piano, verranno incentivati gruppi di cammino a livello comunale, previa individuazione degli accompagnatori, favorendo l'interazione fra le diverse generazioni e l'invecchiamento attivo, oltre alla valorizzazione del patrimonio paesaggistico e culturale dell'area.

I dislivelli presenti in alcuni comuni montani si prestano ad essere sfruttati, evidenziando per i percorsi con diversa pendenze e presenza di scale anche la spesa energetica richiesta nel percorrerli.

Vanno realizzate iniziative congiunte con il mondo della scuola, volte a favorire l'attività fisica madre-bambino in compresenza o in subordine negli stessi orari e la partecipazione delle classi di età più avanzate che potranno beneficiare di altre attività all'aria aperta che favoriscono la socializzazione: accompagnamento dei bambini nel percorso casa-scuola, "pedibus" e coltivazione di orti didattici in stretta connessione con il Programma PP01.

La ricognizione dell'esistente e la promozione di nuove opportunità di svolgimento dell'attività fisica comporta che i vari percorsi, in particolare quelli al di fuori del contesto urbano debbano essere presidiati, illuminati e messi in sicurezza.

Gli amministratori devono essere sensibilizzati all'offerta di maggiori garanzie per pedoni e ciclisti: zone 30, divieto di parcheggio in prossimità degli incroci, segnaletica verticale oltre che orizzontale, in connessione con il programma PP01, PP03 PP09 e PP05.

A partire dal 2022 si procederà al rinnovo o alla stipula di accordi a livello distrettuale fra ASReM, sindaci dei comuni afferenti, Istituzione scolastica, altri Enti e Istituzioni interessati, ACI, Enti di promozione sportiva, mondo del lavoro ecc, in stretta connessione con i Programmi PP01 e PP03.

Analogamente a quanto già effettuato in altre regioni, le informazioni ottenute saranno essere rese disponibili ai cittadini attraverso la creazione di "mappe della salute", anche su supporto informatico, che evidenzieranno, nel raggio di determinati chilometri dal luogo ove si risiede, gruppi di cammino, palestre che promuovono la salute, offerta di attività motoria per i soggetti con disabilità.

Al fine di comprendere e condividere le motivazioni dell'agire e di garantire lo sviluppo di adeguate competenze verrà realizzata una formazione comune rivolta ai professionisti di tutti i settori coinvolti: tecnici degli enti locali, ordini professionali di architetti e ingegneri, geometri, associazioni di categoria e culturali, operatori del settore alimentare e del turismo, cittadini.

Il "Programma Regionale di contrasto alle malattie croniche non trasmissibili" del precedente piano 2014-2018, nella considerazione che, come rilevato dal Sistema di Sorveglianza PASSI, in media, solo il 50% di chi ha comportamenti a rischio, riceve consigli adeguati per modificarli, ha previsto l'offerta di un percorso motivazionale al cambiamento finalizzato alla riduzione dell'incidenza delle MCNT, ovvero delle loro complicità, attraverso la formazione e l'addestramento al counselling breve e al colloquio motivazionale



degli operatori sanitari: Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, personale dipendente che opera nelle strutture ospedaliere e territoriali.

Attività formativa è stata svolta in più sedi e più edizioni negli anni 2017-2018. Sebbene accreditata ECM e inserita nel Piano Formativo aziendale. Un elemento di criticità è stato rappresentato dalla mancata partecipazione dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di libera scelta, ai quali in primis, d'intesa con i Direttori di Distretto, va indirizzata, per il futuro, l'attività formativa, con assegnazione di obiettivi/premialità.

Il loro ruolo si rivela indispensabile per garantire ai soggetti affetti da malattie croniche non trasmissibili o portatori di fattori di rischio sport/esercizio fisico sensibili di poter essere avviati in sicurezza verso un'attività fisica/sportiva congrua alle proprie condizioni fisiche/psicologiche ed in grado di migliorare il livello di salute o di non farlo deteriorare ulteriormente per cause connesse ad uno stile di vita sedentario. Ciò comporta la prescrizione dell'esercizio fisico come strumento preventivo e terapeutico da svolgere attraverso la costruzione di una rete di Palestre e Associazioni sportive che promuovono la salute e il coinvolgimento di laureati in scienze motorie, oltre che dei medici di medicina generale.

In particolare le "Palestre che promuovono Salute per l'Attività Motoria Adattata" saranno riconosciute dalle Istituzioni pubbliche sulla base del possesso di specifici requisiti e l'adesione al Codice Etico delle Palestre e delle Associazioni Sportive che promuovono Salute

ità fisica, di formazione e supporto alle "Palestre che promuovono Salute", di tirocinio presso i servizi di medicina dello sport, in accordo con le Università.

Nel "Programma Regionale di contrasto alle malattie croniche non trasmissibili" del precedente piano 2014-2018 era, inoltre, previsto il sostegno a scelte salutari attraverso una campagna di comunicazione a supporto delle azioni del piano "ComunicAzione per la salute", attuata solo parzialmente.

È necessario rinnovare il Comitato di Coordinamento, realizzando maggiore coinvolgimento dei distretti, degli Enti locali, delle istituzioni e delle Associazioni, sviluppare il piano e della strategia per la comunicazione individuando: obiettivi, target, contesti e possibili partner, attraverso la selezionare e la preparazione il materiale per la comunicazione, inclusa la creazione di app e l'utilizzo di social media, testare il materiale di comunicazione, attuando, monitorando, valutando la campagna e infine perfezionandola sulla base delle suddette valutazioni.

Per particolari segmenti di popolazione verranno studiate e attuate iniziative di marketing sociale.

Vanno valutati inoltre i cambiamenti determinati dall'**emergenza dovuta al CoViD-19**: la necessità, infatti, di mantenere il distanziamento e di evitare assembramenti ha modificato alcune abitudini salutari, scoraggiato la frequentazione di luoghi di aggregazione e incrementato la sedentarietà, oltre a slentizzare disturbi del comportamento alimentare.

Va considerato che proprio la fascia di popolazione più anziana, che più di altre beneficerebbe di situazioni di socializzazione e integrazione, è quella più esposta al rischio di contrarre la malattia nelle sue forme di maggiore severità.

Non va tuttavia sottovalutato il potere salutogenico dell'attività fisica in generale, e, specialmente, di quella svolta con un'intensità moderata, come camminare, che rimane un'attività gratuita e adatta alla maggior parte della popolazione: camminare ogni giorno migliora l'efficienza del sistema immunitario e dell'apparato respiratorio, oltre a ridurre, verosimilmente, il rischio di contagio da covid-19, la severità dell'infezione polmonare e il rischio di complicanze nei soggetti con quadro clinico già critico.

Camminare all'aperto, nelle aree verdi, nel rispetto delle norme di distanziamento fisico, riduce inoltre i sintomi di depressione, ansia e stress ai quali siamo stati ampiamente sottoposti in questo periodo d'incertezza e di perdita.

3.2.4 Obiettivi e indicatori delle azioni trasversali

INTERSETTORIALITÀ

PP02_OT01	Sviluppare e consolidare processi intersettoriali attraverso la sottoscrizione di Accordi con Enti locali, Istituzioni, Terzo settore ed associazioni sportive e altri stakeholder per facilitare l'attuazione di iniziative favorevoli l'adozione di uno stile di vita attivo nei vari ambienti di vita (scuola, lavoro, comunità), il contrasto alla sedentarietà e la valorizzazione a tal fine degli spazi pubblici e privati
PP02_OT01_IT01	Accordi intersettoriali
formula	Presenza di Accordi formalizzati tra Sistema Sanità e altri stakeholder
Standard	Almeno 1 Accordo regionale entro il 2022
Fonte	Regione
PP02_OT02_IT02	Formazione intersettoriale
formula	Presenza di offerta formativa comune per operatori sanitari (inclusi MMG e PLS) ed altri stakeholder
Standard	Realizzazione di almeno 1 percorso formativo per ogni anno di vigenza del Piano, a partire dal 2022
Fonte	Regione

FORMAZIONE

PP02_OT04	Organizzare percorsi di formazione al counseling breve per gli operatori del SSN coinvolti
PP02_OT04_IT03	Formazione sul counseling breve
formula	Presenza di offerta formativa per gli operatori del SSN (inclusi MMG e PLS) finalizzata all'acquisizione di competenze sul counseling breve
Standard	Disponibilità di almeno 1 percorso formativo di carattere regionale, con chiara identificazione e quantificazione del target formativo, entro il 2022 - realizzazione di almeno 1 intervento di formazione per anno, a partire dal 2022
Fonte	Regione

COMUNICAZIONE

PP02_OT05	Costruire strumenti di comunicazione e organizzare interventi di comunicazione ed informazione, rivolti sia alla popolazione che ai diversi stakeholder
PP02_OT05_IT04	Comunicazione ed informazione
formula	Disponibilità e realizzazione di interventi di comunicazione ed informazione rivolti sia alla popolazione sia ai diversi stakeholder
Standard	Realizzazione di almeno 1 intervento di comunicazione/informazione per anno, a partire dal 2022

Fonte	Regione
-------	---------

EQUITÀ

PP02_OT06	Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto in termini di disuguaglianza delle azioni programmate
PP02_OT06_IT05	Lenti di equità
formula	Adozione dell'HEA
Standard	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2021
Fonte	Regione

3.2.5 Obiettivi e indicatori specifici

PP02_OS01	Favorire a livello regionale e locale la programmazione partecipata di interventi interdisciplinari ed intersettoriali
PP02_OS01_IS01	Programmi di promozione dell'attività fisica nella popolazione di ogni fascia di età
formula	$(N. \text{ Comuni che realizzano, anche in collaborazione con la ASL, almeno un programma di promozione dell'attività fisica per ciascuna fascia di età (Bambini e Adolescenti, Adulti, Anziani) o interventi integrati finalizzati alla creazione e alla valorizzazione di contesti urbani favorevoli alla promozione di uno stile di vita attivo}) / (N. \text{ totale Comuni}) * 100$
Standard	20% Comuni entro il 2023; 50% Comuni entro il 2025
Fonte	Regione
PP02_OS01_IS02	Programmi di promozione dell'attività fisica nella popolazione di ogni fascia d'età, con presenza di uno o più fattori di rischio, patologie specifiche o condizioni di fragilità (anziani)
formula	$(N. \text{ ASL sul cui territorio è attivo almeno un programma di esercizio fisico strutturato o di attività fisica adattata (AFA) rivolto alla popolazione di ogni fascia d'età con presenza di uno o più fattori di rischio, patologie specifiche o condizioni di fragilità (anziani)}) / (N. \text{ totale ASL}) * 100$
Standard	50% ASL entro il 2023; 100% ASL entro il 2025
Fonte	Regione
PP02_OS02	Implementare programmi/percorsi integrati volti alla riduzione dell'impatto dei fattori di rischio per un invecchiamento attivo e con ridotto carico di malattia e disabilità
PP02_OS02_IS03	Definizione di programmi integrati per un invecchiamento attivo
formula	n. programmi integrati per un invecchiamento attivo attivati
Standard	Il Gruppo di lavoro Individua best practice e definisce programmi integrati per un



	invecchiamento attivo. I programmi saranno implementati nel setting comunità Si procederà al monitoraggio degli interventi
Fonte	ASReM/Regione
PP02_OS02_IS04	Implementazione di programmi integrati per un invecchiamento attivo
formula	N. programmi/percorsi integrati attivati
Standard	Implementazione dei programmi/percorsi integrati a partire dal 2023
Fonte	ASReM/Regione
PP02_OS01	Favorire a livello regionale e locale la programmazione partecipata di interventi interdisciplinari ed intersettoriali
PP02_OS01_IS05	Stratificazione della popolazione sulla base del rischio
formula	Realizzazione di una piattaforma per l'inserimento dei dati riferiti a fattori di rischio e presenza di malattie croniche della popolazione molisana
Standard	Creazione di un gruppo di lavoro per individuazione di criteri e procedure da mettere a sistema Integrazione con i nuovi progetti ai quali la Regione ha aderito Creazione di una piattaforma per l'inserimento dei dati Stratificazione della popolazione e individuazione priorità Azioni di contrasto alle disuguaglianze
Fonte	ASReM/Regione

3.2.6 Azioni

PROGRAMMA	PP02
TITOLO AZIONE (1 di 11)	"InForma" Campagna di comunicazione per la promozione dell'attività fisica e stili di vita salutari
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.11 Comunicazione – Marketing sociale
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 Favorire a livello regionale e locale la programmazione partecipata di interventi interdisciplinari ed intersettoriali	
OS01IS01	Programmi di promozione dell'attività fisica nella popolazione di ogni fascia di età
OS01IS02	Programmi di promozione dell'attività fisica nella popolazione di ogni fascia d'età, con presenza di uno o più fattori di rischio, patologie specifiche o condizioni di fragilità (anziani)
OS02 Implementare programmi/percorsi integrati volti alla riduzione dell'impatto dei fattori di rischio per un invecchiamento attivo e con ridotto carico di malattia e disabilità	



OS02IS03	Definizione di programmi integrati per un invecchiamento attivo
OS02IS04	Implementazione di programmi integrati per un invecchiamento attivo
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT05 Costruire strumenti di comunicazione e organizzare interventi di comunicazione ed informazione, rivolti sia alla popolazione che ai diversi stakeholder	
OT05IT04	Comunicazione ed informazione
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	comunità;scuola;ambiente di lavoro;servizi di prevenzione/cura/assistenza socio sanitaria;comune, Municipalità

DESCRIZIONE

La comunicazione per la salute rappresenta un elemento costitutivo e una leva strategica delle politiche di prevenzione e promozione della salute, così come viene sostenuto già dal Piano Sanitario Nazionale e dal rapporto Salute 2020. Comunicare la salute in modo efficace significa ridurre le disuguaglianze, agevolare la partecipazione dei cittadini ai processi che riguardano la propria salute, e in generale migliorare il benessere delle persone.

Campagne con mass-media con attività di comunità a sostegno, - interventi nelle cure primarie collegati o coordinati con altri soggetti, come le organizzazioni delle comunità o le società sportive, - semplici messaggi collocati nei punti in cui si assumono le decisioni (come la scelta tra le scale e l'ascensore) si sono dimostrati efficaci nel promuovere corrette abitudini alimentari e aumentare l'attività fisica.

Le piattaforme di social networking offrono un'ampia opportunità per diffondere gli interventi di salute pubblica consentendo la comunicazione con un vasto pubblico mediante strumenti generalmente gratuiti e di facile utilizzo. Possiamo definire i social media come attività, pratiche o comportamenti tra comunità di persone che si sono riunite online per condividere in modo interattivo informazioni, conoscenze e opinioni.

La promozione della salute si attua prevalentemente con la costruzione di reti e di alleanze per la salute, per il cui funzionamento è indispensabile la condivisione delle informazioni sulle attività realizzate e da realizzare e il coordinamento delle azioni.

In continuità con il precedente Piano regionale della Prevenzione 2014-2018, si prevede l'istituzione di un **comitato di coordinamento** costituito da referenti degli Assessorati Regionali alla Sanità, all'Istruzione, alle Politiche Agricole, Referenti ASReM e dei sistemi di sorveglianza, Rappresentanti di Enti locali, esperti in marketing sociale, per la realizzazione di un programma di collaborazione mirato alla promozione della salute e del benessere nella collettività, basato sui principi della pianificazione partecipata, con possibilità di integrazione con enti o soggetti pubblici e privati, il cui apporto sia ritenuto significativo per la promozione della salute (es. Enti di Promozione Sportiva, Ass. volontariato, LILT, Luoghi di Prevenzione, ecc.), che garantisca la condivisione delle informazioni sulle attività realizzate e da realizzare e il coordinamento delle azioni.

Il Comitato, oltre a svolgere tale funzioni, individua e mette in atto campagne di comunicazione a sostegno delle azioni del piano dirette alla promozione di stili di vita sani:

- campagne sui temi di "Guadagnare salute" con l'uso di materiale già validato, disponibile sui siti ISS, Ministero della Salute o DORS e non utilizzato in Molise,

- campagna per l'uso delle scale negli edifici pubblici e luoghi accessibili al pubblico,
- campagne a sostegno dell'attività fisica nella popolazione generale e dei "gruppi di cammino",
- diffusione di informazioni, messaggi , decaloghi in situazioni opportunistiche Es. Invito a screening oncologici: invio decalogo prevenzione tumori, invito seduta vaccinale: promozione consumo di frutta e verdura, comunicazioni tessera sanitaria: invito alla riduzione del sale, rinnovo patenti: consumo di alcol a rischio ecc.
- al fine di ottenere il coinvolgimento dei medici di medicina generale ogni messaggio terminerà con l'invito a rivolgersi al proprio medico.

Popolazione Target: comunità, gruppi selezionati raggiunti dalla comunicazione sanitaria,

Attori : Regione (Assessorati), Personale sanitario ASReM che attua progetti del Piano Regionale della Prevenzione, Direttori di Distretto, altro personale sanitario a contratto o volontario appositamente formato, Pediatri di Libera Scelta, MMG, Farmacie, Enti Locali

Partnership: Associazioni che realizzano e sostengono interventi per la promozione di sani stili di vita. Centri per i servizi al volontariato.

Fasi

2022

- Istituire il Comitato di coordinamento
- Sviluppare il piano e della strategia per la comunicazione individuando: obiettivi, target, contesti e possibili partner
- Selezionare e preparare il materiale per la comunicazione, inclusa la creazione di app e l'utilizzo di social media
- Pre-testare il materiale di comunicazione
- Informare/formare i MMG, altri operatori sanitari, altri attori coinvolti
- Attuare la campagna

2023

- Monitorare e valutare la campagna
- Perfezionare la campagna

2024-2025

Attuare la campagna in collaborazione con i programmi PP01,PP03,PP05,PP09, PP11,PP12, PP14.



La realizzazione della campagna deve tenere conto di eventuali barriere linguistiche, bassi livelli di alfabetizzazione

PROGRAMMA	PP02
TITOLO AZIONE (2 di 11)	RAFFORZAMENTO DELL'ALLEANZA TRA IL MONDO DELLA SCUOLA E LA SANITA'
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.2 Sottoscrizione di accordi di collaborazione, protocolli di intesa, convenzioni
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 Favorire a livello regionale e locale la programmazione partecipata di interventi interdisciplinari ed intersettoriali	
OS01IS01	Programmi di promozione dell'attività fisica nella popolazione di ogni fascia di età
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT01 Sviluppare e consolidare processi intersettoriali attraverso la sottoscrizione di Accordi con Enti locali, Istituzioni, Terzo settore ed associazioni sportive e altri stakeholder per facilitare l'attuazione di iniziative favorevoli l'adozione di uno stile di vita attivo nei vari ambienti di vita (scuola, lavoro, comunità;), il contrasto alla sedentarietà; e la valorizzazione a tal fine degli spazi pubblici e privati	
OT01IT01	Accordi intersettoriali
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza
SETTING	comunità;scuola

DESCRIZIONE

Come evidenziato con il PP01, nel Piano regionale della Prevenzione 2014-2018, la collaborazione tra mondo della scuola e della sanità pubblica, in Molise, è stata formalizzata tramite un Protocollo d'Intesa, sottoscritto in data 28 novembre 2016 dalla Direzione Generale per la Salute e dall'Ufficio Scolastico Regionale. L'azione interistituzionale prevista dal protocollo, è stata configurata come Piano Strategico, che mirava a disegnare un efficace contesto di apprendimento atto a costruire life skills, competenze trasversali e maturazione armonica delle competenze di cittadinanza attiva dello studente nelle sue componenti cognitive, affettive e relazionali.

Al fine di dare attuazione a quanto previsto dal Protocollo d'intesa era istituito un Comitato Paritetico, composto da membri designati rispettivamente dalla Regione Molise e dall'Ufficio Scolastico Regionale.

- Nel 2022 riconferma del Protocollo d'Intesa tra la Scuola e la Sanità e rinnovo del Comitato Paritetico



- Nel 2022 definizione del nuovo Piano Strategico intersettoriale tra la Scuola e la Sanità, con rinnovo delle Linee Guida e del Documento Regionale di Pratiche Raccomandate a supporto delle scuole che promuovono salute, secondo le indicazioni nel nuovo PRP 2020-2025.
- Nel 2022 presentazione agli stakeholders del Nuovo Piano Strategico per la Scuola.
- Nel periodo 2022-2025 organizzazione di almeno un incontro/anno del Comitato Paritetico per monitoraggio della rete delle scuole aderenti, l'adeguamento del piano delle azioni e degli interventi ai bisogni specifici di salute dei bambini e gli adolescenti rilevati e la diffusione dei risultati agli stakeholders.

L'Ufficio Scolastico Regionale dovrà porre particolare attenzione all'equità di accesso ai programmi di promozione della salute da essi proposti in forma congiunta con l'ASReM, presso le singole Istituzioni Scolastiche, statali e paritarie e coordinarne l'adesione sulla base della tipologia e della specificità territoriale, ambientale e sociale dell'utenza scolastica.

L'ASReM si impegna ad affiancare le scuole nel processo di miglioramento dell'ambiente strutturale e organizzativo, in linea con le indicazioni della rete "Scuole che promuovono salute" e di supportarle nella redazione e condivisione di un Regolamento Interno da adottare per favorire comportamenti salutari e la creazione/trasformazione di spazi e servizi favorevoli alla salute (mense, distributori di snack, frutta a merenda, pedibus e percorsi ciclabili casa scuola, attività fisica curriculare ed extracurriculare, ambiente libero dal fumo, ecc.).

Essenziale sarà il coinvolgimento degli Enti locali e dei portatori d'interesse per quanto attiene alla promozione dell'attività fisica attraverso la realizzazione di percorsi/programmi che hanno come setting la comunità (es. Pedibus, Playground, proposte degli studenti alle Amministrazioni Pubbliche per l'individuazione di itinerari in spazi naturali e in spazi culturali da fare a piedi.)

PROGRAMMA	PP02
TITOLO AZIONE (3 di 11)	Coinvolgimento degli Enti Locali
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.2 Sottoscrizione di accordi di collaborazione, protocolli di intesa, convenzioni
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 Favorire a livello regionale e locale la programmazione partecipata di interventi interdisciplinari ed intersettoriali	
OS01IS01	Programmi di promozione dell'attività fisica nella popolazione di ogni fascia di età
OS01IS02	Programmi di promozione dell'attività fisica nella popolazione di ogni fascia d'età, con presenza di uno o più fattori di rischio, patologie specifiche o condizioni di fragilità (anziani)

**OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI**

OT01 Sviluppare e consolidare processi intersettoriali attraverso la sottoscrizione di Accordi con Enti locali, Istituzioni, Terzo settore ed associazioni sportive e altri stakeholder per facilitare l'attuazione di iniziative favorevoli l'adozione di uno stile di vita attivo nei vari ambienti di vita (scuola, lavoro, comunità;), il contrasto alla sedentarietà; e la valorizzazione a tal fine degli spazi pubblici e privati

OT01IT01	Accordi intersettoriali
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età
SETTING	comunità;comune, Municipalità

DESCRIZIONE

Secondo la Guida Dors "Quando i comuni promuovono l'attività fisica", l' Azienda Sanitaria Locale, seguita da eventi, siti e newsletter tematici sono i canali attraverso cui i Comuni sono venuti a conoscenza della Carta di Toronto. 'Aderire' alla Carta permette alle Amministrazioni di valorizzare quanto già fatto e di programmare, secondo una 'cornice ideale', attività e progetti di promozione dell'attività fisica.

E' importante che il coinvolgimento degli Enti Locali, intesi come super-setting in cui gli altri stakeholder convergono per l'attuazione delle politiche, inizi il più precocemente possibile: a partire dalla presentazione del programma alla Conferenza dei Sindaci, organismo ASReM che "esercita le proprie funzioni generali di indirizzo e verifica, assicurando l'effettiva partecipazione di tutti i Comuni del territorio di riferimento e l'integrato e coerente sviluppo, negli ambiti di propria competenza, degli indirizzi generali e dei contenuti specifici dei piani regionali".

Al Comitato dei Sindaci di Distretto, inoltre, in seconda battuta è demandata l'espressione del parere sulla proposta, formulata dal Direttore del distretto, relativa al Programma delle attività territoriali - distrettuali.

L'interesse per la promozione dell'attività fisica da parte degli Enti Locali si basa anche sulla considerazione che azioni che creano ambienti favorevoli per la riduzione dell'inattività fisica apportano molteplici benefici e possono offrire un significativo ritorno economico sugli investimenti in settori come trasporti e turismo.

La salute delle città incide sulla coesione sociale e sul contrasto alle disuguaglianze. È prioritario effettuare scelte in funzione del benessere dei cittadini e a favore dell'adozione di corretti stili di vita, in una visione olistica della società, ponendo sempre maggiore attenzione alla morfologia urbana, alla tutela dell'ambiente naturale e alla presenza di aree verdi attrezzate, di adeguati spazi pubblici e servizi per i cittadini, di sistemi di mobilità sostenibile e a favore del trasporto attivo.

Le scelte in termini di progettazione urbana, di tutela e valorizzazione ambientale e di politiche sociali, possono condizionare positivamente o negativamente la salute degli abitanti. Luoghi coprogettati da diversi soggetti e vissuti in modo partecipato e attivo dai cittadini, possono essere funzionali a obiettivi di equità in salute. Lo sviluppo, l'implementazione e il monitoraggio delle politiche di pianificazione urbanistica e dei trasporti, è fondamentale per poter avere città e comunità inclusive, sicure, resilienti e sostenibili.

Offrire un sistema di infrastrutture equo, sicuro e che assicuri la disponibilità di spazi aperti pubblici e strutture ricreative e che permetta alle persone di tutte le età di svolgere attività fisica in sicurezza, attraverso l'accesso facilitato a percorsi pedonali, piste ciclabili e mezzi di trasporto pubblico, può contribuire a una



significativa riduzione di inattività fisica, alla riduzione di incidenti stradali, soprattutto quelli che coinvolgono pedoni e ciclisti e al miglioramento della qualità dell'aria.

In questo senso sono da incentivare le aree attrezzate outdoor nell'ambito di parchi e aree pubbliche che includano campetti multi-sportivi e corner con attrezzature di base differenziate per fasce di età, che oltre ad avere la funzione di facilitare l'attività fisica possono svolgere un'importante funzione di aggregazione sociale soprattutto in aree periferiche talvolta meno dotate di spazi sportivi e di punti di ritrovo; anche in questo caso la realizzazione e gestione di tali aree presuppone un approccio multistakeholder che crei una rete tra enti locali, associazioni sportive e di volontariato del territorio.

L'azione verrà svolta in connessione con i PP06 e PP09

PROGRAMMA	PP02
TITOLO AZIONE (4 di 11)	Progettazione e attivazione di un programma di stratificazione della popolazione in accordo con i rischi clinici e i bisogni di salute e sociosanitari
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.3 Implementazione, integrazione e miglior utilizzo dei sistemi di sorveglianza, registri
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 Favorire a livello regionale e locale la programmazione partecipata di interventi interdisciplinari ed intersettoriali	
OS01IS05	Stratificazione della popolazione sulla base del rischio
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT05 Costruire strumenti di comunicazione e organizzare interventi di comunicazione ed informazione, rivolti sia alla popolazione che ai diversi stakeholder	
OT05IT04	Comunicazione ed informazione
OT06 Orientare gli interventi a criteri di equità; aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto in termini di disuguaglianza delle azioni programmate	
OT06IT05	Lenti di equità
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età
SETTING	comunità;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

La produzione di conoscenza ad uso della programmazione e la diffusione di informazioni per gli attori informali (familiari, volontari, cittadini in generale) è il fondamento della consapevolezza.

Un modello può essere quello della Public Health Surveillance (PHS) come definita dai CDC (Centers for Disease Control and Prevention) in cui la conoscenza è il fondamento della consapevolezza. La PHS implica

la sistematica e continua raccolta di dati da fonti diverse, l'analisi e l'interpretazione di tali dati, seguite dalla disseminazione delle informazioni per stimolare l'azione della sanità pubblica.

L'approccio di Population-Management rappresenta un caposaldo della letteratura sulle patologie croniche. La sua finalità è la differenziazione della popolazione affetta in subpopolazioni (sub-target) identificate sulla base della complessità assistenziale (disease staging) in relazione allo stadio di sviluppo della malattia, all'esistenza o meno di complicanze, di specifici fabbisogni legati a coesistenza di altre patologie, necessità di devices, scarsa risposta alle terapie, etc.

Questa differenziazione risulta indispensabile per definire le strategie e gli interventi specifici più efficaci per i singoli subtarget di pazienti e "personalizzare" l'assistenza e il Piano di cura, nel rispetto del principio di centralità del paziente e delle sue scelte, ma è anche requisito di efficacia e di efficienza attraverso la riduzione degli interventi inappropriati.

Precedenti regionali

In Molise l'indagine riportata nel libro **“Una popolazione a strati”** a firma dell'ex direttore generale della ASReM Gennaro Sosto, descrive la sanità post covid-19, basata sulla stratificazione e sul targeting della popolazione del Molise, individuando coorti di popolazione pluripatologiche e ad alto rischio clinico, più soggette a possibili conseguenti ospedalizzazioni, oltre a più alti tassi di mortalità.

Secondo l'autore, la stratificazione potrebbe consentire il benchmark, così come avviene per l'assistenza ospedaliera, standardizzando i costi attesi sulla base delle caratteristiche della popolazione assistita, riducendo il grado di variabilità tramite un set d'indicatori per la valutazione.

“Analogamente ai Drg, ossia al raggruppamento omogeneo di diagnosi i gruppi derivanti dalla stratificazione, i Crg, potrebbero rappresentare uno strumento di adeguamento sulla base di caratteristiche cliniche e di fabbisogno di risorse”.

L'esperienza acquisita nell'indagine e gli strumenti utilizzati devono essere messi a sistema per consentire il passaggio dall'indagine alla sorveglianza, garantendo la continuità e la sistematicità della raccolta e interpretazione dei dati.

A giugno 2021, inoltre, è stato recepito con Delibera Regionale, l'adesione al progetto The itaLIan system wIde Frailty nEtnetwork – LIFE”, con soggetto capofila l'Istituto Superiore di Sanità, che coinvolge la Regione Molise in qualità di partner, con l'obiettivo di condividere su una piattaforma informatica i dati regionali per l'elaborazione di modelli di intelligenza artificiale capaci di individuare l'algoritmo necessario a comprendere i fattori di predisposizione, ereditarietà e derivanti dal contesto sociale e ambientale. La Regione, inoltre, ha aderito al progetto “Health Prevention Hub”, con la Regione Basilicata quale soggetto capofila, per la realizzazione di una rete nazionale per malattie ad alto impatto.

Obiettivi

Programmare e realizzare una gestione efficace ed efficiente della cronicità sulla base di adeguate conoscenze epidemiologiche

Integrare in rete le strutture operanti garantendo la condivisione delle informazioni, secondo le necessità dell'assistenza e del governo clinico.

Promuovere il raffronto con le altre realtà regionali in una logica di congruenza e omogeneità.

Fasi

1. Stratificare la popolazione attraverso modelli che tengano conto dei bisogni sanitari e socioeconomici.
2. Integrare e potenziare le banche dati ed i flussi informativi esistenti con i dati dei sistemi di sorveglianza e le indagini campionarie, tenendo conto delle diverse modalità organizzative esistenti, a sostegno di un modello di gestione integrata della cronicità non solo basato sul consumo di prestazioni sanitarie, ma anche sui determinanti di salute socioeconomici e culturali e su stili ed abitudini di vita.
3. Misurare l'incidenza e la prevalenza delle malattie croniche, delle loro complicanze e del loro andamento nel tempo, condividendo metodologie e principi per la conduzione di studi epidemiologici.
4. Promuovere la costruzione di registri di patologia in accordo con la normativa nazionale.
5. Definire, attraverso l'istituzione di gruppi di lavoro una lista di indicatori condivisi per misurare la qualità degli interventi di prevenzione e assistenza sanitaria (in termini di valutazione continua delle strutture, dei processi di diagnosi e cura e degli esiti degli stessi), tenendo anche conto di quanto definito a livello internazionale e nazionale.
5. Identificare e sperimentare modelli prospettici di stratificazione della popolazione, basati sul bisogno di assistenza, che consentano di disegnare specifiche azioni per ciascun gruppo con particolare attenzione ai soggetti che soffrono di più patologie.

PROGRAMMA	PP02
TITOLO AZIONE (5 di 11)	Creazione di "mappe della salute" (opportunità per l'attività fisica e la mobilità attiva)
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.7 Ricognizione, sistematizzazione e documentazione di "pratiche" locali – Produzione e disseminazione di Reportistiche. Sottomissione di "Pratiche" locali a sistemi validati di valutazioni terze di Buona Pratica
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 Favorire a livello regionale e locale la programmazione partecipata di interventi interdisciplinari ed intersettoriali	
OS01IS01	Programmi di promozione dell'attività fisica nella popolazione di ogni fascia di età
OS01IS02	Programmi di promozione dell'attività fisica nella popolazione di ogni fascia d'età, con presenza di uno o più fattori di rischio, patologie specifiche o condizioni di fragilità (anziani)
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	


OT05 Costruire strumenti di comunicazione e organizzare interventi di comunicazione ed informazione, rivolti sia alla popolazione che ai diversi stakeholder

OT05IT04	Comunicazione ed informazione
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	comunità;scuola;ambiente di lavoro;comune, Municipalità

DESCRIZIONE

Analogamente a quanto già effettuato in altre regioni, le opportunità per lo svolgimento dell'attività fisica devono essere rese disponibili ai cittadini attraverso la creazione di “mappe della salute”, anche su supporto informatico, che evidenzino, nel raggio di determinati chilometri dal luogo ove si risiede strutture e percorsi per lo svolgimento dell'attività fisica: gruppi di cammino, palestre che promuovono la salute, offerta di attività motoria anche per i soggetti con disabilità.

Una delle fasi propedeutiche alla programmazione e all'implementazione del programma è rappresentata dalla ricognizione dell'offerta già esistente di opportunità per l'attività motoria e sportiva presenti sul territorio regionale.

A tal fine agli enti Locali verrà richiesto di fornire dati per un censimento delle strutture sportive, aree attrezzate, spazi verdi, piste ciclabili e pedonali, percorsi paesaggistici che costituirà la base di partenza per un ampliamento dell'offerta ai cittadini di opportunità per lo svolgimento di attività fisica e sportiva promossa dal programma.

Verrà inoltre effettuata la ricognizione di tutte le manifestazioni di promozione dell'attività fisica e sportiva organizzate annualmente da Associazioni e Enti (es.CorrIsernia, Su e giù di Campobasso, Giornate del cuore ecc...) che rappresentano preziose occasioni per diffondere messaggi salutari.

PROGRAMMA	PP02
TITOLO AZIONE (6 di 11)	counselling breve per il cambiamento
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.3 Formazione al “Counseling motivazionale breve”
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 Favorire a livello regionale e locale la programmazione partecipata di interventi interdisciplinari ed intersettoriali	
OS01IS02	Programmi di promozione dell'attività fisica nella popolazione di ogni fascia d'età, con presenza di uno o più fattori di rischio, patologie specifiche o condizioni di fragilità (anziani)
OS02 Implementare programmi/percorsi integrati volti alla riduzione dell'impatto dei fattori di rischio	



per un invecchiamento attivo e con ridotto carico di malattia e disabilità	
OS02IS04	Implementazione di programmi integrati per un invecchiamento attivo
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT04 Organizzare percorsi di formazione al counseling breve per gli operatori del SSN coinvolti	
OT04IT03	Formazione sul counseling breve
CICLO DI VITA	infanzia;età adulta;terza età
SETTING	comunità;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

Il “Programma Regionale di contrasto alle malattie croniche non trasmissibili” del precedente piano 2014-2018, nella considerazione, derivante dal sistema di sorveglianza PASSI che in media, solo il 50% di chi ha comportamenti a rischio, riceve consigli adeguati per modificarli, aveva previsto l’offerta di un percorso motivazionale al cambiamento finalizzato alla riduzione dell’incidenza delle MCNT, ovvero delle loro complicanze, attraverso la formazione e l’addestramento al counselling breve e al colloquio motivazionale degli operatori sanitari: Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, personale dipendente che opera nelle strutture ospedaliere e territoriali.

Attività formativa è stata svolta in più sedi e più edizioni negli anni 2017-2018. Sebbene accreditata ECM e inserita nel Piano Formativo aziendale, tale attività non sempre ha raggiunto il personale che si trova ad interagire direttamente con l’utenza e che può utilizzare i momenti opportunistici per la promozione di comportamenti salutari. E' opportuno che il personale partecipante sia selezionato dai Direttori di Unità Operativa fra quelli impegnati nel front-line.

Un ulteriore elemento di criticità è stato rappresentato dalla mancata partecipazione dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di libera scelta, ai quali in primis, d'intesa con i Direttori di Distretto, va indirizzata, per il futuro, l'attività formativa, anche con assegnazione di obiettivi/premialità.

PROGRAMMA	PP02
TITOLO AZIONE (7 di 11)	formazione congiunta sanità-professionisti altri settori
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.5 Formazione congiunta “operatori sanitari e sociosanitari e altri Settori”
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 Favorire a livello regionale e locale la programmazione partecipata di interventi interdisciplinari ed intersettoriali	
OS01IS01	Programmi di promozione dell’attività fisica nella popolazione di ogni fascia di età
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT02 Promuovere il coinvolgimento multidisciplinare di operatori sanitari e non sanitari per la	


realizzazione di attività; di sensibilizzazione e per l'attuazione di programmi di attività; fisica e/o sportiva adattata all'età;

OT02IT02	Formazione intersettoriale
CICLO DI VITA	età adulta;terza età;età lavorativa
SETTING	comunità;scuola;ambiente di lavoro;comune, Municipalità

DESCRIZIONE

Al fine di comprendere e condividere le motivazioni dell'agire e di garantire lo sviluppo di adeguate competenze verrà realizzata una formazione comune rivolta ai professionisti di tutti i settori coinvolti: tecnici degli enti locali, ordini professionali di architetti e ingegneri, geometri, associazioni di categoria e culturali, cittadini, operatori del settore alimentare e del turismo, in connessione con i programmi PP03, PP09, PP13.

PROGRAMMA	PP02
TITOLO AZIONE (8 di 11)	realizzazione di percorsi/programmi per la promozione dell'attività fisica
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLA MODIFICA AMBIENTALE/ORGANIZZATIVA DI UN SETTING PER FAVORIRE L'ADOZIONE COMPETENTE E CONSAPEVOLE DI STILI DI VITA FAVOREVOLI ALLA SALUTE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	3.3 Supporto ai Settori responsabili di "ambienti organizzati" (setting) nella adozione di "pratiche raccomandate" per favorire stile di vita attivo (pause attive, Pedibus, Playground, Gruppi di cammino, Scale per la salute, Bike to work, ecc.)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 Favorire a livello regionale e locale la programmazione partecipata di interventi interdisciplinari ed intersettoriali	
OS01IS01	Programmi di promozione dell'attività fisica nella popolazione di ogni fascia di età
OS01IS02	Programmi di promozione dell'attività fisica nella popolazione di ogni fascia d'età, con presenza di uno o più fattori di rischio, patologie specifiche o condizioni di fragilità (anziani)
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT01 Sviluppare e consolidare processi intersettoriali attraverso la sottoscrizione di Accordi con Enti locali, Istituzioni, Terzo settore ed associazioni sportive e altri stakeholder per facilitare l'attuazione di iniziative favorevoli l'adozione di uno stile di vita attivo nei vari ambienti di vita (scuola, lavoro, comunità;), il contrasto alla sedentarietà; e la valorizzazione a tal fine degli spazi pubblici e privati	
OT01IT01	Accordi intersettoriali
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età



SETTING	comunità;scuola;comune, Municipalità
----------------	--------------------------------------

DESCRIZIONE

Verranno realizzate iniziative congiunte con il mondo della scuola, volte al pieno utilizzo delle strutture scolastiche e comunali e alla sottoscrizione di accordi con altri Enti e associazioni.

Al fine di favorire l'attività fisica in orari extrascolastici degli alunni vanno incentivati attività madre-bambino in compresenza o in subordine negli stessi orari.

Tenuto conto che passeggiare nel contesto in cui si vive è un'attività non economicamente dispendiosa, al fine di favorire il coinvolgimento di gruppi sociali più svantaggiati, oltre a riproporre e proseguire l'attività di nordik-walking già svolta nel precedente Piano, verranno incentivati gruppi di cammino a livello comunale, previa individuazione degli accompagnatori, favorendo l'interazione fra le diverse generazioni e l'invecchiamento attivo, oltre alla valorizzazione del patrimonio paesaggistico e culturale dell'area.

I dislivelli presenti in alcuni comuni montani si prestano ad essere sfruttati, evidenziando per i percorsi con diversa pendenze e presenza di scale anche la spesa energetica richiesta nel percorrerli.

Le classi di età più avanzate: "i nonni" potranno beneficiare di altre attività all'aria aperta che favoriscono la socializzazione: accompagnamento dei bambini nel percorso casa-scuola, "pedibus" e coltivazione di orti didattici in stretta connessione con il Programma PP01.

La ricognizione dell'esistente e la promozione di nuove opportunità di svolgimento dell'attività fisica comporta che i vari percorsi, in particolare quelli al di fuori del contesto urbano debbano essere presidiati, illuminati e messi in sicurezza.

Gli amministratori devono essere sensibilizzati all'offerta di maggiori garanzie per pedoni e ciclisti: zone 30, divieto di parcheggio in prossimità degli incroci, segnaletica verticale oltre che orizzontale.

Con la finalità di realizzare la piena integrazione della popolazione straniera presente sul territorio,(12.768 unità secondo i dati ISTAT del censimento 2019) e di combattere le disuguaglianze di salute, verrà realizzato il confronto fra i diversi modelli alimentari sia nei percorsi scolastici, sia nell'ambito delle attività svolte in collaborazione con gli Istituti Alberghieri, sia in manifestazioni pubbliche con degustazione dei piatti tradizionali delle diverse culture gastronomiche.

A partire dal 2022 si procederà alla stipula di accordi a livello distrettuale fra ASReM, sindaci dei comuni afferenti, Istituzione scolastica, altri Enti e Istituzioni interessati, ACI, Enti di promozione sportiva, mondo del lavoro ecc, in stretta connessione con i Programmi PP01 e PP03.

PROGRAMMA	PP02
TITOLO AZIONE (9 di 11)	Coinvolgimento degli stakeholder
CATEGORIA	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI PROCESSI INTERSETTORIALI



PRINCIPALE	
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	4.2 Sottoscrizione di accordi di collaborazione – protocolli d'intesa, convenzioni con stakeholder (es. Associazioni di categoria, di cittadini, di pazienti, di promozione sociale e sportiva, Società Scientifiche, ecc.)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 Favorire a livello regionale e locale la programmazione partecipata di interventi interdisciplinari ed intersettoriali	
OS01IS01	Programmi di promozione dell'attività fisica nella popolazione di ogni fascia di età
OS01IS02	Programmi di promozione dell'attività fisica nella popolazione di ogni fascia d'età, con presenza di uno o più fattori di rischio, patologie specifiche o condizioni di fragilità (anziani)
OS02 Implementare programmi/percorsi integrati volti alla riduzione dell'impatto dei fattori di rischio per un invecchiamento attivo e con ridotto carico di malattia e disabilità	
OS02IS03	Definizione di programmi integrati per un invecchiamento attivo
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT01 Sviluppare e consolidare processi intersettoriali attraverso la sottoscrizione di Accordi con Enti locali, Istituzioni, Terzo settore ed associazioni sportive e altri stakeholder per facilitare l'attuazione di iniziative favorevoli l'adozione di uno stile di vita attivo nei vari ambienti di vita (scuola, lavoro, comunità;), il contrasto alla sedentarietà; e la valorizzazione a tal fine degli spazi pubblici e privati	
OT01IT01	Accordi intersettoriali
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa
SETTING	comunità;scuola;ambiente di lavoro;comune, Municipalità

DESCRIZIONE

L'ASReM garantirà il sostegno agli Enti locali che, nel loro ruolo di super-setting, deputati al coinvolgimento degli altri stakeholder, secondo i principi della progettazione partecipata, promuoveranno processi di ascolto e di consultazione di cittadini, gruppi sociali destinatari, amministratori e tecnici, in particolare per quanto attiene alla pianificazione urbanistica attiva in connessione con il Programma PP09.

Verranno individuate figure di facilitatori, con la funzione di stimolare il confronto e la collaborazione tra i diversi attori e selezionare gli strumenti più adatti ai diversi contesti: di ascolto dei cittadini e dei gruppi di interesse (interviste, questionari, osservazione partecipante, focus group, brainstorming, camminata di quartiere, ...), di consultazione e interazione costruttiva (tavoli di lavoro/consulte, workshop tematici, laboratori di quartiere, forum telematici, search conference, future search, planning for real, open space technology, goal oriented project planning, laboratori progettuali, metaplan, analisi SWOT, ...), di tecniche per il raggiungimento di conclusioni condivise e la promozione di processi deliberativi (town meeting, giurie dei cittadini, liberative polling...).

Tra i cardini su cui la Direzione Aziendale ASReM ha basato il proprio lavoro di riorganizzazione, tramite anche il nuovo Atto Aziendale, vi sono indubbiamente l'empowerment e l'umanizzazione delle cure.



ASReM, già nel 2017 (14 febbraio), ha sottoscritto con CittadinanzAttiva un protocollo d'intesa che prevede anche la realizzazione dell'Audit Civico. Questo strumento di partecipazione attiva da svolgere in comune tra i cittadini e gli operatori, favorisce anche il cambiamento culturale utile a supportare i cambiamenti organizzativi (recenti o ancora in atto). La partecipazione e il coinvolgimento di cittadini, pazienti e professionisti sono, infatti, determinanti per incrementare i valori di efficacia delle cure e di equità nell'uso delle risorse.

Lo sviluppo e l'utilizzo diffuso di processi e strumenti di valutazione civica può costituire un elemento importante per la costruzione di un sistema di valutazione integrato e concretamente orientato alla governance, anche a livello aziendale. In questa modalità i cittadini diventano quindi portatori di un duplice contributo, sia dal punto di vista della produzione di informazioni sulle criticità e le aree di miglioramento del sistema, sia dal punto di vista della condivisione delle possibili soluzioni e dei percorsi per attuarle.

Attraverso lo strumento dell'Audit Civico, l'ASReM ha attivato un proprio sistema d'incontro fra i cittadini molisani e l'Azienda, utile anche alla gestione strategica dell'azienda per orientare le scelte aziendali, finalizzandola a generare una corretta operazione di accountability, cioè trasparenza e rendiconto sull'operato dell'azienda, contando sul rapporto con i cittadini visto come ulteriore risorsa aziendale.

Il ruolo delle associazioni e dei cittadini nell'ambito dell'audit civico va oltre la mera definizione della soddisfazione dell'utente.

Rappresenta infatti, a tutti gli effetti, uno strumento in grado di dare forma concreta al principio normativo (etico e deontologico) della "centralità dal punto di vista dei cittadini" finalizzato alloro coinvolgimento nelle politiche aziendali.

PROGRAMMA	PP02
TITOLO AZIONE (10 di 11)	NON SONO FRAGILE
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE AD AUMENTARE L'ACCESSIBILITÀ E L'APPROPRIATEZZA (EFFICACIA, SOSTENIBILITÀ, INTEGRAZIONE) DEI SERVIZI SOCIO SANITARI E L'ADESIONE A MISURE DI PREVENZIONE, IN RELAZIONE ALL'OFFERTA INDIVIDUALE (obesità, tabagismo, screening oncologici, percorso nascita, consultori, vaccinazioni, dipendenze, NPI, ecc.)
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	5.3 Predisposizione, adozione e implementazione di PPDTA (percorso preventivo-diagnostico-terapeutico-assistenziale)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 Favorire a livello regionale e locale la programmazione partecipata di interventi interdisciplinari ed intersettoriali	
OS01IS02	Programmi di promozione dell'attività fisica nella popolazione di ogni fascia d'età, con presenza di uno o più fattori di rischio, patologie specifiche o condizioni di fragilità (anziani)
OS02 Implementare programmi/percorsi integrati volti alla riduzione dell'impatto dei fattori di rischio	

per un invecchiamento attivo e con ridotto carico di malattia e disabilità	
OS02IS04	Implementazione di programmi integrati per un invecchiamento attivo
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT04 Organizzare percorsi di formazione al counseling breve per gli operatori del SSN coinvolti	
OT04IT03	Formazione sul counseling breve
CICLO DI VITA	età adulta;terza età
SETTING	comunità;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

L'azione ha la finalità di migliorare l'alimentazione prevenendo la malnutrizione per difetto e aumentare l'attività fisica degli over65enni, in raccordo con i PP05 e PL14.

L'intervento consente inoltre di ridurre le conseguenze dell'osteoporosi e l'incidenza delle fratture di femore. Va ricordato che il precedente PNP utilizzava il tasso di ospedalizzazione per fratture (soggetti di età >75 anni), con l'obiettivo di ridurle del 15% alla fine del 2018, quale indicatore dell'obiettivo centrale di "Aumentare l'attività fisica delle persone".

A tal fine è necessario il coinvolgimento dei MMG per quanto attiene al percorso clinico: il Medico di Medicina Generale, infatti:

- valuta i fattori di rischio per perdita ossea e per frattura
- supporta il paziente per la modifica dei fattori di rischio comportamentali, condividendone gli obiettivi in una logica di "engagement"
- richiede e valuta l'esame densitometrico per i soggetti che presentano fattori di rischio
- prescrive esami diagnostici ematochimici ed urinari
- prescrive, se opportuno, un esame radiografico della colonna dorso-lombare
- prescrive una terapia farmacologica, monitorando l'aderenza da parte del paziente
- richiede, se opportuno, una valutazione specialistica
- si relaziona con le strutture del territorio al fine di garantire una presa in carico integrata

Per quanto attiene alla prevenzione, le azioni del MMG sui fattori modificabili consistono in:

- promozione e supporto per la disassuefazione dal fumo
- promozione e supporto per la riduzione o abolizione del consumo di alcolici
- prescrizione di una dieta normocalorica e normocalcica rispetto al fabbisogno per età
- eventuale prescrizione di vitamina D o calcio
- prescrizione esercizio fisico con carico su strutture ossee
- controllo del rischio di caduta (deficit neurologici, ipovisus, terapie farmacologiche, rischi legati all'ambiente di vita del paziente)



AZIONE EQUITY

PROGRAMMA	PP02
TITOLO AZIONE (11 di 11)	Palestre della salute: promozione dell'esercizio fisico attraverso la creazione di una rete di palestre territoriali
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.10 Formazione per lo sviluppo e il consolidamento di reti collaborative
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 Favorire a livello regionale e locale la programmazione partecipata di interventi interdisciplinari ed intersettoriali	
OS01IS02	Programmi di promozione dell'attività fisica nella popolazione di ogni fascia d'età, con presenza di uno o più fattori di rischio, patologie specifiche o condizioni di fragilità (anziani)
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT01 Sviluppare e consolidare processi intersettoriali attraverso la sottoscrizione di Accordi con Enti locali, Istituzioni, Terzo settore ed associazioni sportive e altri stakeholder per facilitare l'attuazione di iniziative favorevoli l'adozione di uno stile di vita attivo nei vari ambienti di vita (scuola, lavoro, comunità, il contrasto alla sedentarietà; e la valorizzazione a tal fine degli spazi pubblici e privati	
OT01IT01	Accordi intersettoriali
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età
SETTING	comunità;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria;comune, Municipalità

DESCRIZIONE

Sulla base dell'analisi di contesto si intende realizzare:

- Promozione dell'attivazione di programmi per l'attività motoria adattata
- Attivazione di collaborazioni con Enti Locali, Università, soggetti no profit, altri soggetti della comunità locale.
- Formazione dei medici prescrittori
- Istituzione di una rete di palestre per la salute
- Invio dei soggetti con malattie croniche o fattori di rischio sensibili allo sport o esercizio fisico, allo svolgimento di attività fisica adattata.

Destinatari finali: Soggetti affetti da patologie o portatori di fattori di rischio sport o esercizio fisico sensibili, soggetti con disabilità;

Destinatari intermedi: MMG, Medici dello Sport, Medici specialisti, gestori palestre, laureati in scienze motorie,

Partnership: Società ed Enti di promozione sportiva, Enti Locali, famigliari, caregiver, Università.

La popolazione Molisana sta progressivamente invecchiando con conseguente aumento del carico sociale e sanitario connesso alla disabilità e alla non autosufficienza.

Secondo le indagini PASSI e PASSI D'ARGENTO, le patologie croniche riferite nella popolazione residente in Molise riguardano circa 26.000 soggetti. In particolare il 9% dei soggetti di età compresa fra i 18 e i 49 anni e il 16% di quelli appartenenti alla fascia di età di 50-64 anni soffre di una patologia cronica, il 5% degli ultracinquantenni soffre di due o più patologie croniche.

Il precedente Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018 prevedeva per i soggetti affetti da MCNT o portatori di fattori di rischio sensibili all'esercizio fisico, l'avvio in sicurezza verso un'attività fisica o sportiva congrua alle proprie condizioni fisiche e psicologiche, in grado migliorare lo stato di salute o, comunque, di non farlo deteriorare ulteriormente per cause connesse ad uno stile di vita sedentario o non sufficientemente attivo.

Si rilevava la necessità di fornire, a livello regionale, chiare indicazioni sui criteri da adottare e sulle modalità di attuazione di tale intervento, che ricomprende:

1) l'Attività Fisica Adattata (AFA): programmi di esercizio non sanitari svolti in gruppo appositamente predisposti per cittadini con malattie croniche, indirizzati al mantenimento delle abilità motorie residue e finalizzati alla modificazione dello stile di vita: una strategia di intervento finalizzata alla promozione di un'attività fisica regolare e non di cura della malattie;

2) l'Esercizio Fisico Adattato (EFA): esercizi svolti su prescrizione medica (MMG, Medici dello sport, Cardiologi, Diabetologi, ...) effettuati in modo individualizzato sulla base di una specifica valutazione delle condizioni di salute della persona interessata.

L'azione proposta ha l'obiettivo di incrementare la percentuale di soggetti fisicamente attivi tra i soggetti con patologie croniche, disabilità e anziani fragili.

Fasi

2022

-Creazione di un gruppo regionale composto da professionisti ASReM, OMCEO, rappresentanti-OOSS dei Medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e Università del Molise

-Definizione Linee guida regionali sulla base delle Linee guida nazionali o internazionali esistenti;

-Censimento palestre territoriali

2023

-Formazione MMGG sulle Linee Guida regionali

-Presentazione progetto gestori palestre

-Formazione personale palestre aderenti

2024

-Implementazione progetto (valutazione funzionale iniziale, somministrazione esercizio fisico adattato, valutazione funzionale a 6-12 mesi)

Il MMG e il PLS possono-svolgere attività di counselling per sensibilizzare e motivare sui vantaggi dell'attività fisica regolare, consigliare la tipologia di attività fisica e/o sportiva adattata all'età, accompagnare e supportare un percorso di cambiamento consapevole dello stile di vita nell'ambito di un team multidisciplinare, collaborare con figure professionali diverse, sia sanitarie (dietologo, medico dello sport, psicologo ecc.) che non (laureato in scienze motorie) affinché l'esercizio venga opportunamente calibrato alle condizioni cliniche e alla capacità funzionale e efficienza fisica del paziente, monitorare e valutare l'efficacia di programmi di attività e/o esercizio fisico.

La prescrizione medica è l'atto attraverso il quale il medico indica al paziente quale terapia assumere, specificandone tipo di farmaco, dosaggio, frequenza di assunzione e durata del trattamento ed indicando le modalità di assunzione indipendentemente dall'utilizzo del ricettario regionale. In tal senso, la “**prescrizione di esercizio fisico**” rappresenta l'atto attraverso il quale il medico fornisce al paziente le indicazioni circa il tipo, l'intensità, la frequenza e la durata dell'esercizio da svolgere in relazione al suo quadro clinico.

A tal fine l'ASReM intende costituire una rete formata dai medici di medicina generale e dagli specialisti coinvolti nella gestione di pazienti affetti da patologie croniche, operanti sul territorio e/o presso i Servizi dell'Azienda, nonché dalle palestre idonee ad accogliere i soggetti destinatari dell'intervento (**Palestre della Salute**) in grado di gestire e seguire nel tempo, in modo ottimale, il soggetto con cronicità.

Con **Palestre della Salute** si intendono strutture che, oltre ad ospitare le normali attività di palestra, presentano appositi requisiti -identificati dalla Regione- che le rendono idonee ad accogliere cittadini con patologie croniche non trasmissibili stabilizzate (cardiopatici, broncopneumopatici, diabetici, nefropatici...) nello svolgimento di programmi di esercizio fisico prescritti dal medico.

Non si tratta, dunque, di un'attività riabilitativa, ma della possibilità di fare dell'esercizio fisico tarato alla propria condizione con caratteristiche che lo rendono idoneo ad ottimizzarne i benefici ricavati in termini di salute, minimizzando i possibili rischi.

La Regione sta sensibilizzando i medici del SSR a prescrivere esercizio fisico al cittadino con cronicità, così che –dopo le opportune valutazioni- questi possa affiancare alla terapia medica in atto anche il “farmaco” esercizio, che ai dosaggi correttamente individuati dal medico, contribuisce a fornire ulteriori effetti protettivi, riducendo il rischio di riacutizzazioni di malattia e nuove ospedalizzazioni.

In base alla stratificazione del rischio correttamente operata, la prescrizione dell'esercizio potrà essere effettuata dal proprio medico curante (in soggetti a rischio cardiovascolare lieve-moderato) o dallo specialista (rischio elevato, patologia cronica conclamata) seguendo diverse modalità operative.

Il laureato in scienze motorie può offrire un importante supporto per tutti gli operatori (medici e altri operatori sanitari, insegnanti, dirigenti scolastici, ecc) coinvolti nella promozione dell'attività fisica che



necessita anche di professionisti con specifiche competenze in grado di valorizzare gli effetti positivi dell'attività fisica per la salute, declinandola in modo adeguato ai diversi contesti e alle diverse caratteristiche degli individui.

Il laureato in Scienze Motorie acquisisce durante la sua formazione conoscenze e competenze in ambito bio-medico, psico-pedagogico, economico-giuridico e delle discipline motorio-sportive, adeguate per contribuire alla promozione di stili di vita attivi mediante la programmazione e conduzione di attività motorie individuali e di gruppo di carattere educativo, ludico ricreativo e sportivo nei diversi contesti sociali e in funzione del genere, dell'età, della condizione fisica e delle altre specifiche caratteristiche della/e persona/e.

Il laureato magistrale in Scienze e Tecniche delle Attività Motorie Preventive e Adattate", in particolare, è in grado di progettare, condurre e valutare i percorsi di attività motoria preventiva ed adattata al fine di contrastare la sedentarietà nelle diverse fasce d'età, collaborando con altri professionisti e adattando l'attività fisica alle caratteristiche psico-fisiche di ciascun soggetto, anche al fine di accrescere nella popolazione la motivazione alla pratica di attività fisica. Nello specifico, progetta, conduce e valuta l'esercizio fisico - consigliato o prescritto dal medico - con finalità di consolidamento e miglioramento della funzione motoria anche nelle persone affette da patologie croniche non trasmissibili in condizioni clinicamente controllate e stabilizzate e in persone con disabilità.

MONITORAGGIO DELL'AZIONE EQUITY-ORIENTED

OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Incrementare la percentuale di soggetti affetti da malattie croniche, fattori di rischio o disabilità fisica fisicamente attivi
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	<p>La nuova proposta di definizione di salute come "capacità di adattarsi e di autogestirsi di fronte alle sfide sociali, fisiche ed emotive" evidenzia come la capacità di sviluppare strategie efficaci per fronteggiare gli impedimenti (in gran parte età correlati) dell'organismo, consente di conservare una percezione positiva della qualità della vita (quello che si definisce il paradosso della disabilità).</p> <p>Nell' attuale situazione epidemiologica della regione Molise, in ragione dell'invecchiamento della popolazione e della prevalenza di malattie croniche, è sempre più importante sviluppare tali capacità per cercare di conservare una buona qualità della vita.</p> <p>Ai soggetti affetti da patologie croniche e fattori di rischio ad esse collegate viene spesso preclusa la possibilità di effettuare attività fisica in sicurezza.</p> <p>La prescrizione dell'attività fisica calibrata sul soggetto da parte dei medici di medicina generale opportunamente formati/medici specialisti e la somministrazione della stessa da parte di personale delle palestre aderenti al progetto, in possesso delle competenze necessarie conseguite attraverso un percorso di tipo universitario, offre a tali soggetti la possibilità di ridurre il divario di opportunità rispetto ai soggetti sani.</p> <p>Analogamente ai soggetti fragili e disabili va offerta la possibilità di migliorare lo stato</p>



	<p>di salute o, comunque, di non farlo deteriorare ulteriormente per cause connesse ad uno stile di vita sedentario o non sufficientemente attivo.</p> <p>La creazione di una rete di palestre della salute peraltro, può non essere sufficiente a garantire tale possibilità, senza un coinvolgimento degli Enti Locali che offra opportunità di raggiungere tali strutture e l'assistenza a famigliari e caregiver.</p>
ATTORI COINVOLTI	<p>Destinatari intermedi: MMG, Medici dello Sport, Medici specialisti, gestori palestre, laureati in scienze motorie</p> <p>Partnership: Enti Locali, Università, Società ed Enti di promozione sportiva, famigliari ,caregiver</p>
INDICATORE	<p>Creazione rete regionale delle Palestre della Salute</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formula:(N. Palestre aderenti al progetto /n. totale Palestre alle quali è stato presentato il progetto)*100 • Standard30% • FonteASReM/Regione
OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	<p>Incrementare la percentuale di soggetti affetti da malattie croniche, fattori di rischio o disabilità fisica fisicamente attivi</p>
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	<p>La nuova proposta di definizione di salute come “capacità di adattarsi e di autogestirsi di fronte alle sfide sociali, fisiche ed emotive” evidenzia come la capacità di sviluppare strategie efficaci per fronteggiare gli impedimenti (in gran parte età correlati) dell’organismo, consente di conservare una percezione positiva della qualità della vita (quello che si definisce il paradosso della disabilità).</p> <p>Nell’ attuale situazione epidemiologica della regione Molise, in ragione dell’invecchiamento della popolazione e della prevalenza di malattie croniche, è sempre più importante sviluppare tali capacità per cercare di conservare una buona qualità della vita.</p> <p>Ai soggetti affetti da patologie croniche e fattori di rischio ad esse collegate viene spesso preclusa la possibilità di effettuare attività fisica in sicurezza.</p> <p>La prescrizione dell'attività fisica calibrata sul soggetto da parte dei medici di medicina generale opportunamente formati/medici specialisti e la somministrazione della stessa da parte di personale delle palestre aderenti al progetto, in possesso delle competenze necessarie conseguite attraverso un percorso di tipo universitario, offre a tali soggetti la possibilità di ridurre il divario di opportunità rispetto ai soggetti sani.</p> <p>Analogamente ai soggetti fragili e disabili va offerta la possibilità di migliorare lo stato di salute o, comunque, di non farlo deteriorare ulteriormente per cause connesse ad uno stile di vita sedentario o non sufficientemente attivo.</p> <p>La creazione di una rete di palestre della salute peraltro, può non essere sufficiente a garantire tale possibilità, senza un coinvolgimento degli Enti Locali che offra opportunità di raggiungere tali strutture e l'assistenza a famigliari e caregiver.</p>
ATTORI COINVOLTI	<p>Destinatari intermedi: MMG, Medici dello Sport, Medici specialisti, gestori palestre, laureati in scienze motorie</p> <p>Partnership: Enti Locali, Università, Società ed Enti di promozione sportiva, famigliari</p>



	,caregiver
INDICATORE	soggetti affetti da malattie croniche o fattori di rischio o disabilità fisica ai quali è stata prescritta attività fisica adattata
	<ul style="list-style-type: none">• Formula:medici di medicina generale che hanno prescritto AFA nei confronti dei loro assistiti/ medici di medicina generale formati *100• Standard30%• FonteASReM



3.3 PP03 Luoghi di lavoro che promuovono salute

3.3.1 Quadro logico regionale

CODICE	PP03
REFERENTI DEL PROGRAMMA	
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	MO1 Malattie croniche non trasmissibili
MACRO OBIETTIVO TRASVERSALE DI RIFERIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> - MO1 Malattie croniche non trasmissibili - MO2 Dipendenze da sostanze e comportamenti - MO3 Incidenti domestici e stradali - MO4 Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali - MO5 Ambiente, Clima e Salute - MO6 Malattie infettive prioritarie
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	<ul style="list-style-type: none"> - MO1-07 Sviluppare e/o migliorare le conoscenze e le competenze di tutti i componenti della comunità scolastica, agendo sull'ambiente formativo, sociale, fisico e organizzativo e rafforzando la collaborazione con la comunità locale - MO1-08 Promuovere l'adozione consapevole di uno stile di vita sano e attivo in tutte le età e nei setting di vita e di lavoro, integrando cambiamento individuale e trasformazione sociale - MO1-11 Migliorare l'attività di controllo sulla presenza di sale iodato presso punti vendita e ristorazione collettiva - MO1-12 Promuovere sani stili di vita e la riduzione dello spreco e dell'impatto ambientale attraverso la Ristorazione collettiva (scolastica, aziendale, ospedaliera e socio/assistenziale) - MO1-13 Favorire la formazione/informazione degli operatori del settore alimentare che integri riferimenti all'uso del sale iodato, alle intolleranze alimentari, agli allergeni, alla gestione dei pericoli negli alimenti e alle indicazioni nutrizionali e sulla salute - MO2-01 Migliorare le conoscenze e le competenze di tutti i componenti della comunità scolastica, agendo sull'ambiente formativo, sociale, fisico e organizzativo e rafforzando la collaborazione con la comunità locale - MO2-02 Aumentare la percezione del rischio e l'empowerment degli individui - MO2-03 Aumentare/migliorare le competenze degli operatori e degli attori coinvolti - MO2-06 Offrire programmi finalizzati alla limitazione dei rischi e alla riduzione del danno - MO3-01 Migliorare la conoscenza della percezione dei rischi in ambito domestico nei genitori e nelle categorie a rischio (bambini, donne e anziani)



	<ul style="list-style-type: none"> - MO3-02 Sensibilizzare la popolazione generale sui rischi connessi agli incidenti domestici - MO3-05 Promuovere politiche intersettoriali mirate a migliorare la sicurezza delle strade e dei veicoli, integrando gli interventi che vanno ad agire sui comportamenti con quelli di miglioramento dell'ambiente - MO4-06 Favorire nei giovani l'acquisizione e competenze specifiche in materia di SSL - MO5-01 Implementare il modello della "Salute in tutte le politiche" secondo gli obiettivi integrati dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile e promuovere l'applicazione di un approccio One Health per garantire l'attuazione di programmi sostenibili di protezione ambientale e di promozione della salute - MO5-04 Rafforzare, nell'ambito delle attività concernenti gli ambienti di vita e di lavoro, le competenze in materia di valutazione e gestione del rischio chimico - MO5-08 Promuovere e supportare politiche/azioni integrate e intersettoriali tese a rendere le città e gli insediamenti umani più sani, inclusivi e favorevoli alla promozione della salute, con particolare attenzione ai gruppi più vulnerabili della popolazione, - MO5-09 Migliorare la qualità dell'aria indoor e outdoor - MO5-10 Potenziare le azioni di prevenzione e sanità pubblica nel settore delle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti naturali e antropiche - MO5-13 Prevenire gli effetti ambientali e sanitari causati dalla gestione dei rifiuti - MO6-21 Pianificare interventi di sensibilizzazione sulle popolazioni giovanili in materia di HIV/AIDS/ IST
LINEE STRATEGICHE DI INTERVENTO	<ul style="list-style-type: none"> - MO1LSd Sviluppo di programmi di promozione della salute, anche trasversali ai principali fattori di rischio, condivisi tra Servizi sanitari e sociosanitari, istituzioni educative e datori di lavoro, attivando reti e comunità locali, finalizzati a: - ,contrasto al consumo di prodotti del tabacco e con nicotina,contrasto al consumo dannoso e rischioso di alcol,riduzione dell'inattività fisica e della sedentarietà,contrasto all'obesità/sovrappeso, in particolare quella infantile,riduzione del consumo eccessivo di sale e promozione dell'utilizzo del sale iodato,aumento del consumo di frutta e verdura, - prevenzione delle principali patologie orali (in particolare carie e tumori del cavo orale) - MO1LSe Sviluppo di conoscenze e competenze (empowerment -life skill) di tutti i componenti della ristorazione collettiva (operatori scolastici, sanitari, ditte di ristorazione, ditte di vending (distributori), stakeholders (famiglie, lavoratori, pazienti, etc) sull'importanza della sana alimentazione per prevenire le complicanze di numerose patologie croniche, ridurre lo spreco alimentare e ridurre l'impatto ambientale correlato all'alimentazione - MO1LSH Implementazione e sviluppo di programmi di formazione degli addetti alla preparazione/distribuzione di alimenti - MO1LSi Implementazione di programmi regionali di formazione delle Autorità competenti per favorire l'attuazione dei Reg. 1924/2006 e 1169/2011 per quanto riguarda le indicazioni nutrizionali e salutistiche fornite sui prodotti alimentari



	<ul style="list-style-type: none"> - MO2LSb Sviluppo di programmi intersettoriali per accrescere le capacità personali in termini di autostima, auto efficacia e resilienza degli individui, nei contesti di vita e di lavoro, con particolare attenzione ai gruppi vulnerabili - MO2LSd Miglioramento dell'integrazione e del coordinamento intersettoriale tra programmi e azioni per la riduzione della domanda e dell'offerta di sostanze psicotrope - MO2LSe Attivazione di interventi intersettoriali e coordinati tra le diverse istituzioni (Servizi sanitari, Forze dell'Ordine, Autorità per il rilascio delle licenze commerciali) per garantire il rispetto della normativa vigente - MO2LSf Offerta di programmi finalizzati alla formazione del personale addetto alla vendita e somministrazione degli alcolici - MO3LSc Attivazione di percorsi di formazione sulla sicurezza domestica rivolti ai collaboratori familiari, agli insegnanti, agli operatori sanitari e socio-sanitari, a MMG e PLS - MO3LSd Implementazione di percorsi di interoperabilità fra i servizi coinvolti - MO3LSf Promozione di stili di vita corretti nella popolazione con particolare attenzione alle fasce più deboli e più svantaggiate - MO3LSg Azioni di prevenzione per i guidatori professionisti - MO4LSm Rafforzamento della collaborazione scuola/aziende/istituzioni soprattutto finalizzate alla gestione dello studente in Alternanza scuola lavoro - MO5LSa a. Promozione e realizzazione di interventi di advocacy e di integrazione nelle politiche di altri settori (ambiente, trasporti, edilizia, urbanistica, agricoltura, energia, istruzione) attraverso: elaborazione di programmi di attività intra e inter istituzionali e di progetti multi ed inter disciplinari, intersettoriali e integrati su ambiente e salute, produzione di rapporti sulle attività integrate in ambito sanitario per la tematica ambiente e salute, stipula di accordi di programma/convenzioni, previsti dal comma 2 dell'art. 7-quinquies Dlgs 502/92, istituzione di tavoli tecnici regionali interistituzionali/ intersettoriali/ interdisciplinari per la definizione e la condivisione di percorsi e procedure integrate, basate su l'approccio One Health - MO5LSc Programmare e realizzare interventi di controllo trasversale agli ambienti di vita e di lavoro, e su prodotti immessi sul mercato - MO5LSn Partecipazione e supporto alla definizione dei piani urbani di mobilità sostenibile (PUMS), ponendo particolare attenzione alla promozione della pedonabilità e la ciclabilità per un'utenza allargata - MO5LSo Promozione di interventi per incrementare la walkability dell'ambiente urbano e promuovere la mobilità attiva nei percorsi casa-scuola e casa-lavoro - MO2LSm Offerta di interventi di counseling breve nei contesti della medicina di base e in quelli lavorativi e in altri contesti adeguati - MO5LSy Interventi integrati sulla salute e sicurezza nei luoghi di vita e di lavoro, con particolare riferimento ai comparti edilizia, agricoltura, mare
LEA	<ul style="list-style-type: none"> - B03 Valutazione igienico-sanitaria degli strumenti di regolazione e pianificazione urbanistica - B04 Tutela della salute dai fattori di rischio presenti in ambiente di vita, non



	<p>confinato</p> <ul style="list-style-type: none"> - B06 Promozione della sicurezza stradale - C05 Prevenzione delle malattie lavoro correlate e promozione degli stili di vita sani - E06 Sorveglianza e controllo sulle attività connesse agli alimenti Regolamento CE 882/04 - F01 Cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni, con organizzazioni ed enti della collettività, per l'attuazione di programmi intersettoriali con il coinvolgimento dei cittadini, secondo i principi del Programma nazionale "Guadagnare salute" (DPCM 4.5.2007) - F02 Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione - F03 Prevenzione delle malattie croniche epidemiologicamente più rilevanti, promozione di comportamenti favorevoli alla salute, secondo priorità ed indicazioni concordate a livello nazionale - F04 Prevenzione e contrasto del tabagismo, del consumo a rischio di alcol - F05 Promozione dell'attività fisica e tutela sanitaria dell'attività fisica - F06 Promozione di una sana alimentazione per favorire stili di vita salutari - F09 Prevenzione delle dipendenze
--	---

3.3.2 Sintesi del Profilo di salute ed equità ed Analisi di contesto

Globalmente, circa 40 milioni di persone muoiono ogni anno a causa di patologie croniche. La cattiva alimentazione, la sedentarietà e il fumo di tabacco sono tra i principali fattori di rischio modificabili correlati alle malattie croniche.

L'OMS ha identificato i luoghi di lavoro come preziosi ambienti per fornire interventi di prevenzione. Infatti, i principali fattori di rischio sono prevalenti nella popolazione lavorativa e i luoghi di lavoro permettono di raggiungere un gran numero di adulti per periodi prolungati di tempo ogni giorno. Pertanto, gli interventi in questo contesto potrebbero portare un contributo significativo alla lotta alle malattie croniche, anche attraverso modifiche dell'ambiente organizzativo e la promozione di stili di vita sani. Relativamente agli stili di vita, premesso che il Molise si colloca fra le regioni che fanno registrare il più basso punteggio dell'indicatore composito sugli stili di vita (ISTAT) fra le regioni italiane (51,30), le informazioni principali relative a tali determinanti derivano dai sistemi di sorveglianza: in particolare per l'età adulta e in età lavorativa dal Sistema di Sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia).

Secondo i dati riferiti dai soggetti intervistati della fascia di età 18-69 anni nell'ambito del suddetto sistema di sorveglianza, nella nostra regione i soggetti in condizione di sovrappeso rappresentano il 33,2% degli intervistati superando di poco la media italiana pari al 31,5%, la percentuale dei soggetti obesi super invece significativamente la media nazionale (13,5% vs 10,8%).

L'attenzione degli operatori sanitari al problema è bassa anche se maggiore della media italiana: in Molise, infatti, il 53,5% ha ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di perdere peso (media italiana 46,9%).



Per quanto attiene all'attività fisica, in Molise il 33,0% degli intervistati è attivo (Italia 31,1%), il 31,2% parzialmente attivo (Italia 33,8%), il 35,8% sedentario (Italia 35%). Al 34,0 % degli intervistati (Italia 29,9%) è stato consigliato di fare attività fisica. I valori riferiti sono in linea con la media nazionale.

I fumatori molisani sono il 23,5% (Italia 25,3%), gli ex fumatori il 18,35% (Italia 17,6%). Se la percentuale di fumatori è inferiore alla media italiana, ancora troppo bassa è l'attenzione degli operatori al consumo di tabacco: al 32,0% degli intervistati è stato chiesto se fuma (Italia 38,2%), e solo al 42,5% dei fumatori (Italia 51,6%), è stato richiesto di smettere.

	Rispetto divieto di fumo nei locali pubblici	Rispetto divieto di fumo sui luoghi di lavoro	Astensione fumo a casa
Abruzzo	90.3	93.6	85.1
Basilicata	91.0	92.6	82.6
Calabria	89.7	91.6	83.8
Campania	86.2	91.6	79.2
Emilia Romagna	92.7	93.0	84.7
Friuli Venezia Giulia	96.0	96.5	90.5
Lazio	92.7	95.0	80.2
Liguria	93.6	94.7	78.3
Lombardia			
Marche	92.7	91.0	81.9
Molise	88.3	88.4	83.4
Piemonte	95.0	94.6	85.2
Provincia di Bolzano	97.5	98.1	92.4
Provincia di Trento	96.1	96.4	90.6
Puglia	93.8	95.0	88.6
Sardegna	97.6	96.4	90.0
Sicilia	89.8	94.3	80.3
Toscana	95.1	95.6	81.8
Umbria	87.5	91.1	76.8
Valle d'Aosta	98.0	97.5	85.7
Veneto	94.1	95.7	93.2
Italia	92.3	94.2	83.9

Il Molise è all'ultimo posto nella classifica delle regioni per quanto attiene al rispetto del divieto di fumo in ambiente lavorativo (Persone che dichiarano di lavorare in ambienti chiusi e che rispondono “sempre” o “quasi sempre” alla domanda sul rispetto sul divieto di fumo sul luogo di lavoro).

La regione si distingue, inoltre, fra quelle del Meridione per un consumo di alcol a “maggiore rischio” per la salute e per consumo di tipo “binge” simile a quello delle regioni del Nord Italia.

Nella nostra regione, infatti, il 61,9% delle persone intervistate beve alcol (Italia 55,6%), il 16,8% lo consuma fuori dei pasti (Italia 8,3%), il 3,2% ha un consumo elevato di alcol (Italia 2,8%).



Il binge drinking riguarda il 19,2% degli intervistati (Italia 9,3), una tipologia di consumo a maggior rischio interessa il 29,2% della popolazione molisana (Italia 16.8%), solo il 7,7% dei bevitori a maggior rischio ha ricevuto da un medico il consiglio di bere di meno (Italia 6.3%).

	Consumo di alcol	Consumo fuori pasto	Consumo abituale elevato	Consumo "binge"	C ma
Abruzzo	45.7	7.1	1.9	7.6	13.9
Basilicata	36.9	4.3	1.2	6.5	10.5
Calabria	34.4	2.5	0.5	3.3	5.4
Campania	44.4	3.7	1.6	5.5	9.5
Emilia Romagna	70.2	11.5	3.8	13.4	23.8
Friuli Venezia Giulia	69.4	18.6	3.6	13.2	28.5
Lazio	53.2	5.9	2.2	8.0	13.4
Liguria	61.6	8.3	4.0	9.3	18.1
Lombardia					
Marche	63.7	8.9	2.5	11.1	18.7
Molise	61.3	17.7	4.9	19.7	30.6
Piemonte	64.7	8.7	3.3	12.0	20.1
Provincia di Bolzano	77.2	30.0	2.3	18.0	37.5
Provincia di Trento	66.8	20.2	3.1	13.8	29.3
Puglia	45.5	3.3	1.9	4.4	8.4
Sardegna	64.8	8.0	3.3	12.7	19.1
Sicilia	44.9	5.9	0.7	5.7	10.7
Toscana	55.6	7.2	3.6	8.0	16.1
Umbria	62.5	9.1	2.9	9.8	17.9
Valle d'Aosta	57.5	19.1	6.2	11.9	28.7
Veneto	67.6	14.6	4.2	14.0	26.2
Italia	55.4	8.1	2.5	9.0	16.2

Per la regione Valle d'Aosta il dato si riferisce al triennio 2017-2019

In Italia, 1 adulto su 10 consuma la quantità di frutta e verdura raccomandata dalle Linee guida per una corretta alimentazione, ovvero 5 porzioni al giorno (five a day). In Molise tale comportamento virtuoso è praticato dal 4,3% della popolazione adulta.

Se l'adesione al "five a day" resta un'abitudine di pochi, in Italia quasi la metà della popolazione consuma almeno 3 porzioni di frutta o verdura al giorno; in Molise tale percentuale è significativamente minore: 35,7% a fronte di una media nazionale di 48,8%.



Gli adulti che in Molise fanno attenzione al consumo di sale sono il 50,5% (Italia 57,8%), il 25,9% (Italia 26,6%) delle persone che hanno avuto un contatto con un operatore sanitario ha ricevuto il consiglio di fare attenzione o ridurre il consumo di sale.

L'inverso avviene per quanto attiene al sale iodato: usa il sale iodato l'89,1% degli adulti molisani (Italia 71,7%), mentre il consumo abituale di sale iodato riguarda il 75,0% di loro (Italia 53,4%).

E' dimostrato che la depressione è la terza causa di burden of disease nel mondo ed è in aumento, tanto che nel 2030 si considera diverrà la principale causa. Nonostante esistano cure adeguate per il trattamento della depressione, la prevenzione primaria è di fondamentale importanza. C'è un consenso generale nel riconoscere che la depressione sia la causa principale di assenza dal lavoro e diminuzione della produttività. Il luogo di lavoro offre un setting adeguato per gli interventi di prevenzione primaria della depressione. Essi risultano costo-efficaci ed efficaci nella diminuzione dell'assenteismo e nell'aumento della produttività. L'esposizione cronica allo stress è stata collegata a diversi esiti negativi sulla salute fisica e psichica. Tra i lavoratori, lo stress e gli effetti associati possono causare anche perdite di produttività e costi sanitari più elevati. È stato dimostrato che gli interventi di gestione dello stress di persona (face to face) e basati su computer (sul web e su dispositivi mobili) sono efficaci nel ridurre lo stress nei lavoratori rispetto a nessun intervento.

Come evidenziato dal PP08, al momento non risultano dati relativi alle problematiche dello stress-lavoro correlato ma sarebbe opportuno avviare procedure di rilevamento del rischio individuando un settore facilmente raggiungibile non solo in senso omogeneo, sufficientemente grande tale da non consentire la dispersione dei dati ed importante per individuare una corretta metodologia secondo le indicazioni delle normative (es. ASREM, Presidio Ospedaliero, altri ambiti di lavoro strutturati per turno, ecc.)

Gli operatori sanitari sono una categoria particolarmente esposta al rischio di problemi di salute mentale a causa delle condizioni stressanti dovute all'emergenza pandemica. Secondo lo studio "Covid-19: impatto sulla salute mentale e supporto psicosociale" in una recente intervista, evidenzia che "...il disagio si concretizza in disturbi dell'umore e reazioni ansiose connesse a frammenti di vissuti traumatici che si riattivano durante i periodi successivi"; sono state documentate anche conseguenze legate allo stigma sociale dell'essere visti da familiari e amici come altamente "contagiosi" (pericolosi) a causa dello stretto e prolungato contatto con persone malate. E' peraltro possibile attuare interventi di supporto psicologico e psicosociale in modalità "a distanza" (telepsicologia e psicologia on line) di cui è stata dimostrata l'efficacia. A livello di politica sanitaria vanno programmate azioni di "protezione" e "sviluppo della resilienza" del personale sanitario, durante e soprattutto dopo l'emergenza, sulla base di solide basi teoriche e metodologiche.

Intervenire sui fattori di rischio associati agli stili di vita, creando un ambiente e un contesto lavorativo in grado di contrastare la depressione e lo stress correlato al lavoro contribuisce a ridurre le disuguaglianze in un'ottica di equità.

Nella tabella sotto riportata sono evidenziati percentuali e numero degli esposti ai fattori di rischio determinati dalle disuguaglianze e le morti evitabili eliminando queste ultime:

Fattore di rischio	Prevalenza	PAF%	N.soggetti		PAF%	N. Morti	
			dis.	RA		dis	
Alcol abituale	29,3	14,9	8029	7,8	1,9	15	
Alcol a rischio	9,4	40,5	6975				
Fumatori	23,2	18,3	7805	21,4	2,7	22	
Forti fumatori	6,1	42,1	4721				



Sedentari	64,4	26,2	31048	16,8	4,5	36
no 5 F&V a day	93,5	3,4	5857			
no 3 F&V a day	45,2	24,3	20190	2,2	0,3	2
Poche F&V	19,7	11,6	4172			
Troppe carni	44,1	-3,6	-2953			
Troppi grassi	3,3	-8,1	-501			
sovrappeso	54,6	17,9	17922	12,8	2,6	21
Obesi	14	52,7	13600			
				48,5	9,5	75

Dall'esame della tabella, redatta utilizzando gli indicatori CoEsDi e CoMoDi, si evince che in numeri assoluti, la possibile riduzione dell'esposizione dovuta alle disuguaglianze è maggiore per la sedentarietà, il consumo di frutta e verdura inferiore alle tre porzioni al giorno e per l'eccesso ponderale, in termini percentuali per l'obesità, il consumo di alcol a rischio e l'essere forte fumatore. Il consumo eccessivo di carne e grassi è invece più diffuso negli strati sociali più avvantaggiati.

La sedentarietà è responsabile anche del maggior numero di morti evitabili, eliminando le disuguaglianze. Analizzando i dati relativi alla sedentarietà per genere e per fascia di età, si evince che le classi di età maggiormente implicate sono per gli uomini quelle dei 30-44 anni e 55-64 anni, per le donne quella dei 45-54 anni.

I dati dicono inoltre che questo comportamento tocca i picchi più alti tra i 50 e i 69 anni, tra le donne, tra le persone che hanno un titolo di studio basso o assente, tra chi incontra molte difficoltà economiche, tra i cittadini stranieri e tra coloro che vivono nelle regioni del Sud.

L'ambiente di lavoro è un setting strategico per contrastare la sedentarietà e promuovere la salute. Sul luogo di lavoro le persone trascorrono la maggior parte della loro giornata e per tale motivo possono essere più facilmente raggiunte e coinvolte, sia diffondendo informazioni e conoscenze sull'importanza di uno stile di vita salutare e attivo sia offrendo opportunità per praticare attività fisica (spostamenti casa-lavoro attivi, uso delle scale, esercizi di flessibilità durante le pause, di gruppi di cammino, ecc.).

I programmi multi-componente di promozione dell'attività fisica richiedono un investimento notevole su più fronti, per tale motivo è utile segnalare che in alcuni casi i datori di lavoro possono usufruire di alcune tipologie di agevolazioni di natura contributiva e fiscale per realizzare interventi di promozione dei corretti stili di vita.



Continuità con il precedente Piano

Il precedente Piano regionale della Prevenzione 2014-2018 nell'ambito del programma di contrasto alle malattie croniche già aveva individuato come luoghi di lavoro all'interno dei quali proporre un cambiamento ambientale a supporto del cambiamento comportamentale individuale gli Ospedali e le strutture sanitarie in genere, valorizzando il contributo dei lavoratori in quanto testimonial di scelte di vita salutari.

L'obiettivo perseguito era, dunque, quello degli Ospedali per la Promozione della Salute: migliorare la qualità dell'assistenza ospedaliera, incorporando nella struttura organizzativa dell'ospedale, nella sua cultura e nei comportamenti quotidiani i principi, le attività e le azioni strategiche della promozione della salute, intesa come processo che "mette in grado le persone e le comunità di aumentare il controllo sulla propria salute".

Il sistema sanitario regionale, del resto, con ogni evidenza, può essere considerato la principale Azienda operante in regione .

Personale delle strutture sanitarie pubbliche, equiparate e private accreditate (valori)											
VOCI	2019 (1)						2020 (2)				
	Strutture pubbliche ed equiparate				Strutture private accreditate		Potenziamento risorse umane emergenza Covid-19				
	Tempo indeterminato	Tempo determinato e altro flessibile (3)	Totale	Numero per 10.000 abitanti	Totale	Numero per 10.000 abitanti	Tempo indeterminato	Tempo determinato e altro flessibile (4)	Incarichi libero-professionali	Totale	Numero per 10.000 abitanti
Molise											
Medici	694	138	832	27,5	87	2,9	–	1	29	30	1,0
Infermieri	1.606	367	1.973	65,3	72	2,4	–	–	64	64	2,1
Altro personale	1.155	289	1.444	47,8	132	4,4	–	–	118	118	3,9
Altro personale sanitario	343	81	424	14,0	31	1,0	–	–	....	....	....
Ruolo tecnico	500	76	576	19,1	55	1,8	–	–	....	....	....
Ruolo professionale	1	10	11	0,4	5	0,2	–	–	....	....	....
Ruolo amministrativo	311	122	433	14,3	41	1,4	–	–	....	....	....
Totale	3.455	794	4.249	140,6	291	9,6	–	1	211	212	7,0
RSO e Sicilia											
Medici	109.518	8.896	118.414	21,1	22.231	4,0	785	5.920	7.298	14.003	2,5
Infermieri	262.496	13.265	275.761	49,1	22.814	4,1	7.064	14.460	2.248	23.772	4,2
Altro personale	249.307	17.137	266.444	47,4	34.065	6,1	5.284	13.052	1.755	20.091	3,6
Altro personale sanitario	72.486	5.250	77.736	13,8	7.751	1,4	....	....	....	....	....
Ruolo tecnico	109.783	8.123	117.906	21,0	15.195	2,7	....	....	....	....	....
Ruolo professionale	1.319	181	1.500	0,3	300	0,1	....	....	....	....	....
Ruolo amministrativo	65.719	3.583	69.302	12,3	10.819	1,9	....	....	....	....	....
Totale	621.321	39.298	660.619	117,5	79.110	14,1	13.133	33.432	11.301	57.866	10,3
Italia											
Medici	119.540	11.021	130.561	21,7	25.239	4,2	816	6.212	8.193	15.221	2,5
Infermieri	286.797	16.390	303.187	50,3	25.508	4,2	7.201	15.272	2.355	24.828	4,1
Altro personale	276.536	21.656	298.192	49,5	38.294	6,4	5.314	13.771	1.792	20.877	3,5
Altro personale sanitario	80.586	6.479	87.065	14,5	8.556	1,4	....	....	....	....	....
Ruolo tecnico	122.460	9.880	132.340	22,0	17.024	2,8	....	....	....	....	....
Ruolo professionale	1.448	240	1.688	0,3	361	0,1	....	....	....	....	....
Ruolo amministrativo	72.042	5.057	77.099	12,8	12.353	2,1	....	....	....	....	....
Totale	682.873	49.067	731.940	121,5	89.041	14,8	13.331	35.255	12.340	60.926	10,1

Fonte: Ragioneria generale dello Stato, Conto annuale e Ministero della Salute, per le assunzioni (dati aggiornati al 18 dicembre 2020); per la popolazione, Istat.
 (1) Dati riferiti al 31 dicembre 2019. – (2) Potenziamento delle risorse umane del servizio sanitario nazionale legate alle esigenze derivanti dall'emergenza Covid-19; si riferisce al totale delle assunzioni effettuate tra marzo e dicembre 2020. – (3) Include il personale con contratti a tempo determinato, formazione-lavoro e Interinale. –
 (4) Assunzioni di personale con contratti a tempo determinato, formazione-lavoro e Interinale nonché personale trattenuto in servizio o con titolo conseguito all'estero ai sensi degli articoli 12 e 13 del DL 18/2020.

Agli oltre 4200 dipendenti delle strutture pubbliche, equiparate e private accreditate, va aggiunto il personale operante sul territorio, per un totale di circa 5000 operatori.

Personale dedicato all'assistenza territoriale
(unità)

VOCI	Molise			Italia		
	Numero	Numero per 10.000 ab. (1)	Ore attività (2)	Numero	Numero per 10.000 ab. (1)	Ore attività (2)
Medici in convenzione						
Medici di medicina generale	244	9,1	....	42.009	8,1	....
Pediatrati di libera scelta	36	10,7	....	7.373	9,5	....
Continuità assistenziale/guardia medica	254	8,5	959,8	17.751	3,0	363,2
Emergenza sanitaria	89	3,0	610,1	2.994	0,5	104,2
Specialisti ambulatoriali	72	2,4	272,8	14.817	2,5	315,3
Altro convenzionato	21	0,7	70,2	3.202	0,5	63,3
Totale	716	23,8	1.912,9	88.146	14,8	846,0
Personale centri di riabilitazione (3)						
Medici	58	1,9	44,2	5.089	0,9	19,4
Terapisti	132	4,3	75,0	18.319	3,1	71,0
Logopedisti	26	0,9	2,1	4.895	0,8	6,2
Altro Personale	233	7,7	....	24.528	4,1	....
Totale	449	14,8	....	52.831	8,8	....
di cui: privato	402	13,2	....	47.179	7,9	....
Personale delle ASL						
Medici	182	6,1	....	19.294	3,2	....
di cui: emergenza sanitaria	0	0,0	....	1.069	0,2	....
Infermieri	865	28,8	....	55.229	9,3	....
Funzioni di riabilitazione	38	1,3	....	10.669	1,8	....
Area tecnica della prevenzione	56	1,9	....	12.100	2,0	....
Altro	-	-	....	131	-	....
Totale	1.141	38,0	....	97.423	16,3	....

Fonte: elaborazioni su dati SISAC; Ministero della Salute (cfr. sul sito del Ministero della Salute: [Pubblicazioni statistiche](#)); Ragioneria generale dello Stato, Conto annuale.
(1) Per i pediatri si fa riferimento alla popolazione in età pediatrica e per i MMG alla popolazione in età adulta. - (2) Le ore di attività per i medici in convenzione sono riferite al totale della popolazione residente (per 1.000 abitanti), mentre per le strutture di riabilitazione ai soli utenti di assistenza residenziale e semiresidenziale. - (3) Istituti o centri di riabilitazione ex art. 26 L. 833/78.

Nonostante il divieto di fumo nei locali della pubblica amministrazione e nei servizi pubblici, dati di letteratura dimostrano che più di un terzo dei pazienti fumatori ha problemi a rispettare il divieto e fuma nonostante l'ospedale sia stato dichiarato "libero dal fumo" e che i fumatori dopo l'applicazione del divieto tendono a fumare al di fuori della struttura, in particolare in prossimità degli ingressi.

D'altro canto, la diffusa accettazione sociale del consumo dell'alcol, a meno che non si configuri con chiarezza come una situazione di abuso, si oppone allo sviluppo all'interno delle aziende sanitarie di una cultura della lotta al consumo di tale sostanza.

L'ASReM ha istituito nel 2017 un Gruppo di Lavoro Aziendale per la redazione del Capitolato di Gara Unico Aziendale. Il Gruppo di Lavoro Aziendale coordinato dal Direttore della Struttura Complessa «Acquisizione Beni e Servizi» dell'Azienda Sanitaria regionale del Molise (in sigla ASREM) ha provveduto, nel corso del 2018, ha redigere uno schema di capitolato tecnico unico e relativo disciplinare da utilizzare nei procedimenti ad evidenza pubblica finalizzati alla concessione di servizi bar e servizi ristoro. Il capitolato tecnico redatto dall'Azienda, all'art. 12, rubricato «Prodotti e qualità del servizio», comma 2, dispone espressamente «é fatto divieto di vendita di super alcolici ovvero alcolici superiori a 7° e di tabacchi» (deliberazione del Direttore generale Asrem n. 949 del 13-09-2018).

Relativamente al divieto di fumo, sebbene rispettato negli ambienti chiusi, non viene adeguatamente osservato negli spazi aperti e in prossimità degli ingressi degli edifici.

Per la sua rappresentanza in quasi tutti i comuni della regione e le sue 508 scuole, l'istituzione scolastica è stata un altro dei luoghi di lavoro individuati per la proposta di un percorso di cambiamento dei



comportamenti del personale che vi opera, nell'ambito del programma di contrasto alle malattie croniche del precedente Piano Regionale della Prevenzione.

Da parte della struttura "Luoghi di Prevenzione", gestita dalla LILT di Campobasso, associazione con la quale la Regione Molise ha sottoscritto un Accordo di collaborazione, sono stati effettuati interventi in 6 scuole pilota, scelte tra quelle con maggior numero di insegnanti a livello regionale, che hanno svolto un colloquio motivazionale breve con gli psicologi della struttura,

Personale dell'ASReM e del Centro di didattica multimediale "Luoghi di Prevenzione Molise" ha seguito il corso "Le competenze professionali trasversali del Medico Competente a supporto del cambiamento degli stili di vita a rischio", acquisendo le competenze per effettuare attività di formazione nei confronti dei medici competenti dell'ASReM, dei medici competenti iscritti nell'elenco regionale e di quelli delle aziende che aderiranno al progetto, previo interessamento delle Associazioni di Categoria.

Nel precedente piano, infine, sono stati previsti e realizzati interventi su imprese di ristorazione pubblica (circa 1800 imprese) e collettiva (circa 350 imprese) per la formazione degli alimentaristi finalizzata anche alla tutela dei soggetti allergici e intolleranti, alla riduzione dell'utilizzo del sale e al ricorso al sale iodato.

Il mondo del lavoro in Regione Molise

Al 31 dicembre 2019, le forze di lavoro sono 131.218, 2.450 in più rispetto al 2011 (+1,9%). L'incremento delle persone attive sul mercato del lavoro è dovuto alla crescita delle persone in cerca di occupazione (+18,9%), soprattutto fra le donne (+21,4%). In calo, invece, il numero degli occupati, nel 2019 sono 109.985: 920 in meno rispetto al precedente censimento (-0,8%). Tra le non forze di lavoro si contano 62.208 percettori di pensioni da lavoro o di redditi da capitale (-16,2% rispetto al 2011), 28.957 persone dedite alla cura della casa (-0,7%), 22.156 studenti (-10,7%) e 22.406 persone in altra condizione (+26,4%).

PROSPETTO 10. POPOLAZIONE RESIDENTE DI 15 ANNI E PIÙ PER CONDIZIONE PROFESSIONALE O NON PROFESSIONALE. Censimenti 2019, 2018 e 2011

CONDIZIONE PROFESSIONALE O NON PROFESSIONALE	2019			2018			2011		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Forze di lavoro	76.292	54.926	131.218	76.876	53.848	130.724	76.037	52.731	128.768
Occupato/a	66.164	43.821	109.985	64.884	42.589	107.473	67.321	43.584	110.905
In cerca di occupazione	10.128	11.105	21.233	11.992	11.259	23.251	8.716	9.147	17.863
Non forze di lavoro	54.265	81.462	135.727	55.046	83.665	138.711	56.580	89.329	145.909
Percettore/ice di pensioni da lavoro o di redditi da capitale	30.291	31.917	62.208	31.702	34.237	65.939	34.460	39.751	74.211
Studente/essa	10.410	11.746	22.156	10.737	12.361	23.098	11.415	13.395	24.810
Casalinga/o	1.132	27.825	28.957	1.230	28.787	30.017	438	28.727	29.165
In altra condizione	12.432	9.974	22.406	11.377	8.280	19.657	10.267	7.456	17.723
TOTALE	130.557	136.388	266.945	131.922	137.513	269.435	132.617	142.060	274.677

Gli occupati rappresentano il 41,2% della popolazione di 15 anni e più contro il 45,6% della media nazionale. Più elevato, invece, il tasso di disoccupazione (16,2% Molise e 13,1% Italia). Le differenze sono più marcate per la componente femminile, con un tasso di occupazione (32,1%) di 5,3 punti più basso della media nazionale e un tasso di disoccupazione (20,2%) che supera di 5,1 punti il corrispondente valore nazionale.

Rispetto all'ampiezza demografica, le maggiori quote di occupati (43,2%) si rilevano nei comuni con popolazione compresa tra 10 mila e 20 mila abitanti. Il tasso di disoccupazione supera la media regionale di circa tre punti nei comuni della classe 5-10 mila abitanti (19,0% contro 16,2%).

La distribuzione dimensionale delle imprese registra in Molise una più marcata presenza delle micro e piccole imprese. Quasi l'85 per cento delle aziende facenti parte del campo di osservazione rientrano nella categoria delle microimprese (con 3-9 addetti), mentre le piccole (10-49 addetti) rappresentano il 14,2 per cento del totale regionale. Le medie (50-249 addetti) e le grandi imprese (250 e più addetti) sono costituite complessivamente solo da 50 unità, ossia circa l'1,1 per cento del totale regionale (il peso delle medie e grandi imprese a livello nazionale è pari al 2,3 per cento). Quasi il 52 per cento degli addetti regionali lavorano in microimprese (la corrispondente quota a livello nazionale è del 29,5 per cento) e oltre il 34 per



cento nelle piccole imprese; medie e grandi aziende impiegano circa il 14 per cento degli addetti complessivi regionali, mentre la corrispondente quota a livello nazionale supera il 44 per cento.

La struttura produttiva molisana è caratterizzata da una forte prevalenza delle imprese di servizi rispetto a quelle industriali. Sono attive nel settore industriale meno del 29 per cento delle aziende incluse nel campo di osservazione (contro il circa 30 per cento misurato a livello nazionale). Il processo di terziarizzazione appare uniformemente avanzato in tutte le province del territorio regionale. In dettaglio, sono 634 (più del 14 per cento del totale regionale) le imprese che rientrano nel macro-settore dell'Industria in senso stretto; per la maggior parte (590 unità) si tratta di aziende manifatturiere, mentre le imprese estrattive e quelle attive nella fornitura di energia e acqua sono 44. Con oltre 640 unità il settore delle costruzioni rappresenta da solo più del 14 per cento delle imprese della regione. Le imprese di servizi sono 3141 e rappresentano il 71,1 per cento del totale regionale. Il 37 per cento di esse è costituito da aziende attive nel commercio all'ingrosso e al dettaglio, mentre il restante 63 per cento è rappresentato da imprese che offrono servizi non commerciali. A testimonianza dell'importanza del settore turistico per l'economia regionale, le sole imprese attive nell'offerta di servizi di alloggio e ristorazione rappresentano circa un sesto delle aziende. In termini di unità di lavoro, il settore industriale ha un peso relativo superiore a quello misurato in termini di imprese, impiegando nel 2018 quasi il 34 per cento degli addetti totali della regione.

I dati censuari del 2018 evidenziano che le imprese molisane hanno avviato numerose azioni nel campo della sostenibilità ambientale, della responsabilità sociale e della sicurezza: il 70,9 per cento delle imprese con almeno 3 addetti svolge azioni per ridurre l'impatto ambientale, il 72,7 per cento per migliorare il benessere lavorativo, le pari opportunità, la genitorialità e la conciliazione lavoro famiglia, il 68,0 per cento per incrementare il livello di sicurezza all'interno della propria impresa o nel territorio in cui opera. Meno numerosa la quota di imprese che sostiene o realizza iniziative di interesse collettivo esterne all'impresa (35,3 per cento) e che sostiene o realizza iniziative a beneficio del tessuto produttivo del territorio in cui opera (32,2 per cento). La quota di imprese molisane che ha intrapreso azioni in materia di sostenibilità ambientale, responsabilità sociale e della sicurezza è superiore alla media nazionale in tutti gli ambiti di attività; in particolare le attività per ridurre l'impatto ambientale sono più diffuse tra le imprese molisane superando di 4,3 punti percentuali, la quota media di imprese osservata nel Paese. 4 Nel complesso, dichiara di aver intrapreso almeno un'azione riconducibile al concetto di responsabilità ambientale e sociale oppure di aver attuato iniziative volte a incrementare i livelli di sicurezza all'interno dell'azienda o del territorio in cui opera quasi l'83 per cento delle imprese del Molise (l'80,9 per cento in Italia); il valore più elevato si registra nella provincia di Isernia.

I comportamenti sostenibili crescono all'aumentare della dimensione dell'impresa. Escludendo le iniziative rivolte al miglioramento del benessere lavorativo, le unità produttive di grandi dimensioni (100 addetti e oltre) presentano valori di oltre 10-20 punti percentuali superiori alla media regionale per tutte le azioni: +10,5 punti nell'ambito della sicurezza mentre tra le iniziative realizzate sul territorio i punti percentuali in più sono 21,8 per le iniziative di interesse collettivo e 24,9 per quelle a beneficio del tessuto produttivo locale; significative le differenze anche nella riduzione dell'impatto ambiente (+14,8 punti percentuali). Le micro e piccole imprese mostrano un più accentuato orientamento al miglioramento del benessere lavorativo e alla riduzione dell'impatto ambientale: tra le imprese con 3-9 addetti il 70,6 per cento svolge azioni a favore dell'ambiente e il 72,6 per cento a favore del benessere lavorativo; tra le imprese con 10-19 addetti le percentuali diventano 70,5 e 69,8 per cento rispettivamente. Le imprese nella fascia 20-49 addetti risultano più attente alla sicurezza (80,0 per cento), rispetto ad altre azioni quali il sostenere o realizzare iniziative di interesse collettivo o a beneficio del tessuto produttivo del territorio.

Le relazioni che le imprese intessono nel contesto ambientale in senso lato si esplicano in una serie di azioni di interesse collettivo che possono non solo migliorare il benessere lavorativo all'interno dell'impresa o accrescere le dotazioni infrastrutturali funzionali agli obiettivi economici, ma anche contribuire

all'arricchimento dei servizi socio-assistenziali nei territori o alla promozione di relazioni sociali nell'ambito del tessuto produttivo locale.

Considerando i principali gruppi di azioni collettive intraprese o promosse in ambito locale o regionale nel triennio 2016-2018, le iniziative culturali, divulgative, formative e/o di sostegno alle attività scientifiche generali rappresentano il principale ambito di intervento delle imprese molisane: sono, infatti, il 10,5 per cento del totale nella Regione, ben al di sopra dell'8,0 per cento della media nazionale. Seguono le iniziative sportive, con il 10,3 per cento in Molise (8,7 per cento sul totale in Italia le imprese che perseguono tali finalità).

Le iniziative di contrasto alla povertà, al disagio sociale e/o umanitarie (che costituiscono a livello nazionale la tipologia di interventi maggiormente perseguita dalle imprese, pari al 9,8 per cento del totale), in Molise, pur approssimandosi al dato nazionale (9,5 per cento), si collocano idealmente al terzo posto nella preferenza delle imprese.

Minor appeal risultano avere, sia nel complesso delle imprese italiane che in quelle molisane, le iniziative sanitarie e/o socio assistenziali, che coinvolgono in Molise il 5,6 per cento delle aziende (quasi alla pari dell'Italia, 5,7 per cento) nonché le iniziative di rigenerazione urbana e/o territoriale dove il grado di coinvolgimento delle imprese molisane (5,3 per cento) risulta, comunque, decisamente più elevato di quello che mostra l'evidenza nazionale (3,3 per cento).

3.3.3 Scheda di programma

3.3.3.1 Descrizione dal PNP

Il Programma sostiene la promozione della salute negli ambienti di lavoro, secondo il modello *Workplace Health Promotion (WHP)* raccomandato dall'OMS, presidiando specificatamente la prevenzione dei fattori di rischio comportamentali delle malattie croniche e degenerative e la promozione dell'invecchiamento attivo e in buona salute mediante cambiamenti organizzativi che incoraggino e facilitino l'adozione di stili di vita salutari.

Il Programma agisce su fattori non tradizionalmente associati al rischio lavorativo, ma la dimensione sistemica del *setting* ne raccomanda^{15,16}, pur nell'assoluto rispetto di ruoli e funzioni dei diversi settori dei Dipartimenti di Prevenzione che intervengono, l'implementazione nella prospettiva di un approccio orientato al modello di *Comprehensive Workplace Health-Total Worker Health*.

Il Programma, utilizzando la leva della Responsabilità Sociale d'Impresa, prevede l'ingaggio di "Datori di lavoro" (privato e pubblico comprese strutture sanitarie) nella attivazione di processi e interventi tesi a rendere il luogo di lavoro un ambiente "favorevole alla salute" attraverso cambiamenti organizzativo-ambientali (incremento di opportunità strutturali per l'adozione di scelte comportamentali salutari) e il contestuale incremento di competenze e consapevolezza (*empowerment*) nei lavoratori.

Operativamente il Programma consiste nella proposta di un percorso strutturato, fondato su un processo partecipato interno (che coinvolga le figure aziendali strategiche: RSPP, Medico Competente, RLS, Rappresentanze Sindacali, Risorse Umane, ecc.) ed i lavoratori stessi, che impegna il Datore di lavoro a mettere in atto azioni efficaci e sostenibili cioè pratiche raccomandate in quanto basate su evidenze di efficacia e/o Buone Pratiche validate e criteri di sostenibilità economico-organizzativa, in tema di comportamenti preventivi/salutari, in particolare nei seguenti ambiti Alimentazione, Tabagismo, Attività Fisica, Alcool e dipendenze (con possibilità di associazione ad interventi raccomandati per il benessere aziendale e lo sviluppo sostenibile, la prevenzione di IST/HIV).

Il Programma, in linea con principi e obiettivi del PNP, adotta le lenti dell'equità, secondo il modello operativo proposto dal PNP (HEA), che prevede le seguenti fasi: elaborazione del profilo di salute ed equità, identificazione di aree/gruppi a più alto rischio di esposizione o di vulnerabilità ai fattori di rischio, conseguente adeguamento/orientamento dell'intervento in termini di disegno e allocazione, valutazione di impatto.

3.3.3.2 Sintesi delle principali evidenze e buone pratiche e relative fonti



La promozione della salute nei luoghi di lavoro (WHP) è stata identificata dall'OMS come una delle strategie efficaci nell'ambito delle politiche di promozione della salute^{1,2}. Numerose evidenze sostengono che l'implementazione di WHP può produrre potenziali benefici sia in termini di salute, sia di diminuzione delle assenze dal lavoro^{3,4}. Altri studi hanno segnalato la presenza di possibili effetti positivi di programmi WHP sul fenomeno del "presentismo"⁵.

Più consolidati in letteratura, con risultati efficaci, sono gli interventi realizzati sui luoghi di lavoro per il contrasto del fumo di tabacco, ed in particolare i programmi di gruppo, il *counseling* individuale le terapie farmacologiche⁶. Per quanto riguarda la prevenzione dei rischi correlati all'uso e abuso di sostanze d'abuso⁷⁻⁸, la letteratura evidenzia l'importanza dello sviluppo, nei diversi contesti, di pratiche organizzative finalizzate al rafforzamento di atteggiamenti protettivi e preventivi, con particolare riferimento alla riduzione della condizione di "tolleranza disfunzionale"⁹⁻¹⁰⁻¹¹. Inoltre, i lavoratori che partecipano a programmi *drug-free* di provata efficacia riportano un più alto grado di produttività riducendo infortuni, turnover, assenteismo¹².

Una revisione di letteratura sottolinea che i programmi di promozione della salute nei luoghi di lavoro inerenti ad attività fisica, alimentazione, cessazione del fumo, hanno un'efficacia anche su una serie di *outcome* come la salute percepita, l'assenza da lavoro per malattia, la produttività sul lavoro, la *work ability*²⁰.

Un ambito di particolare interesse, in relazione alla situazione epidemiologica, riguarda la gestione ed il reinserimento di lavoratori con malattie croniche o disabilità psicosociali: la tutela della salute è strettamente correlata alla protezione del capitale umano e dell'investimento nella formazione di professionisti¹³. La Commissione Europea già da diversi anni si occupa di Responsabilità Sociale di Impresa e ha sottolineato l'importanza per le aziende di investire sul capitale umano, sull'ambiente, sul rapporto con il territorio in cui è inserita e con tutte le parti interessate, considerando queste attività un investimento per migliorare sia l'ambiente di lavoro sia l'immagine dell'azienda e dei prodotti in termini di marketing¹⁴.

Gli interventi di promozione della salute nei luoghi di lavoro sono tanto più attuali nel momento in cui la forza lavoro sta rapidamente invecchiando con conseguenze sulla *work ability*. Essi hanno anche un ruolo importante nella riduzione delle disuguaglianze di salute se indirizzati ed adattati verso i gruppi bersaglio più esposti e più vulnerabili, quali i lavoratori manuali e quelli meno qualificati.

In termini di *effectiveness*, una Buona Pratica è rappresentata dal Programma "Luoghi di lavoro che Promuovono salute – Rete WHP Lombardia" (PRP 2015 – 2019)¹⁷, validato dalle seguenti iniziative della Commissione Europea: *Joint Action Chrodix*¹⁸ e *European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing*¹⁹.

1. WHO European Office. Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being.
2. WHO. Healthy workplaces: a model for action: for employers, workers, policymakers and practitioners. 2010 Ginevra
3. Sockoll I, Kramer I, Bödeker W. (2009). Effectiveness and economic benefits of workplace health promotion and prevention. Summary of the scientific evidence 2000–2006. IGA Report 13e. Available from: www.iga-info.de/fileadmin/Veroeffentlichungen/iga-Reporte_Projektberichte/iga-Report_13e_effectiveness_workplace_prevention.pdf
4. Rongen A, Robroek SJ, van Lenthe FJ, Burdorf A. Workplace health promotion: a meta-analysis of effectiveness. *Am J Prev Med*. 2013 Apr;44(4):406-15. doi: 10.1016/j.amepre.2012.12.007. Review
5. Cancelliere C, Cassidy JD, Ammendolia C, Côté P. Are workplace health promotion programs effective at improving presenteeism in workers? A systematic review and best evidence synthesis of the literature. *BMC Public Health*. 2011 May 26; 11:395. doi: 10.1186/1471-2458-11-395. Review.
6. Cahill K, Lancaster T. Workplace interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Feb 26;2:CD003440. doi: 10.1002/14651858.CD003440.pub4. Review.
7. Making your workplace drug-free a kit for employers, Division of Workplace Programs, Center for substance Abuse Prevention, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, DHHS Publication n. SMA07-4230, <http://workplace.samhsa.gov/pdf/workplace-kit.pdf>
8. Management of alcohol- and drug-related issues in the workplace. An ILO code of practice Geneva, International Labour Office, 1996, http://www.ilo.org/global/publications/ilo-bookstore/order-nline/books/WCMS_PUBL_9221094553_EN/lang--en/index.htm
9. ILO, Samsha e Bennet, Team Awareness, EMCDDA):
10. Bennett, J. B., Lehman, W. E. K., & Reynolds, G. S. (2000). Team awareness for workplace substance abuse prevention: The empirical and conceptual development of a training program. *Prevention Science*, 1(3), 157-172.
11. Bennett, J., Bartholomew, N., Reynolds, G., & Lehman, W. (2002). Team Awareness facilitator manual. Fort Worth: Texas Christian University, Institute of Behavioral Research.
12. Samsha. (2014). factsheet - Why you should care about having a drug-free workplace, 10–11. b. [http://www.uniquebackground.com/images/forms/why_you_should_care_fs \[1\].pdf](http://www.uniquebackground.com/images/forms/why_you_should_care_fs [1].pdf)
13. ENWHP. "Promuovere un ambiente di lavoro salutare per lavoratori con patologie croniche: una guida alle buone pratiche". 2014. Traduzione italiana a cura di Regione Lombardia e Dors Regione Piemonte. Disponibile da: <http://www.promozionesalute.regione.lombardia.it>
14. Commissione delle Comunità Europee (2011). Libro verde sulla tutela dei consumatori nell'Unione Europea. Enterprise Publications, Bruxelles
15. Dors, Regione Piemonte "Promuovere salute nel luogo di lavoro Evidenze, modelli e strumenti" https://www.dors.it/documentazione/testo/201703/ReportPRP3_dicembre2016.pdf
16. Ontario Workplace Coalition. The Comprehensive Workplace Health Model. <https://owhc.ca/>
17. <https://www.promozionesalute.regione.lombardia.it/wps/portal/site/promozione-salute/setting/luoghi-di-lavoro>
18. <http://chrodix.eu/good-practice/lombardy-workplace-health-promotion-network-italy/>
19. https://ec.europa.eu/eip/ageing/repository/search/lombardia_en
20. Rongen A et al. Workplace Health Promotion. A meta-analysis of effectiveness. *Am J Prev Med* 2013; 44 (4): 406–415

3.3.3.3 Declinazione a livello regionale del Programma



Il PP03 ha come finalità quella di rendere gli ambienti di lavoro favorevoli all'adozione competente e consapevole di sani stili di vita.

Il programma contribuisce al raggiungimento degli obiettivi del Piano, anche attraverso il collegamento con gli altri programmi: PP01, PP02, PP06, PP08, PP09 in modo da coordinare e ampliare le offerte di salute presenti sul territorio e favorire l'adesione dei lavoratori che operano in contesti più svantaggiati.

Il precedente Piano Regionale delle Prevenzione 2014-2018, nell'ambito del programma di contrasto alle malattie croniche, già aveva individuato come luoghi di lavoro all'interno dei quali proporre un cambiamento ambientale a supporto del cambiamento comportamentale individuale gli Ospedali e le strutture sanitarie in genere, valorizzando il contributo dei lavoratori in quanto testimonial di scelte di vita salutari.

L'obiettivo perseguito era, dunque, quello degli Ospedali per la Promozione della Salute: migliorare la qualità dell'assistenza ospedaliera, incorporando nella struttura organizzativa dell'ospedale, nella sua cultura e nei comportamenti quotidiani i principi, le attività e le azioni strategiche della promozione della salute, intesa come processo che "mette in grado le persone e le comunità di aumentare il controllo sulla propria salute".

L'attenzione si è in particolare focalizzata sul divieto di fumo e sul contrasto al consumo di alcolici sul luogo di lavoro, in modo da realizzare un Ospedale Smoke-Alcol free e sulla formazione degli operatori (attraverso lo svolgimento di Eventi ECM in collaborazione con LILT)

Per la sua presenza in quasi tutti i comuni della regione e le sue 508 scuole, l'istituzione scolastica è stata un altro dei luoghi di lavoro individuati per la proposta di un percorso di cambiamento dei comportamenti del personale che vi opera, nell'ambito del programma di contrasto alle malattie croniche del precedente Piano Regionale della Prevenzione.

Da parte della struttura "Luoghi di Prevenzione" Centro di didattica multimediale realizzato sul modello della LILT di Reggio Emilia e della Regione Emilia Romagna, gestita dalla LILT di Campobasso, associazione con la quale la Regione Molise ha sottoscritto un Accordo di collaborazione, sono stati effettuati interventi in 6 scuole pilota, scelte tra quelle con maggior numero di insegnanti a livello regionale, ai quali è stato offerto un colloquio motivazionale breve con gli psicologi della struttura, a completamento del percorso formativo. Nel precedente piano, infine, sono stati previsti e realizzati interventi su imprese di ristorazione pubblica (circa 1800 imprese) e collettiva (circa 350 imprese) per la formazione degli alimentaristi finalizzata anche alla tutela dei soggetti allergici e intolleranti, alla riduzione dell'utilizzo del sale e al ricorso al sale iodato. Personale dell'ASReM e del Centro di didattica multimediale "Luoghi di Prevenzione Molise", ha seguito il corso "Le competenze professionali trasversali del Medico Competente a supporto del cambiamento degli stili di vita a rischio", acquisendo le competenze per effettuare attività di formazione nei confronti dei medici competenti dell'ASReM, dei medici competenti iscritti nell'elenco regionale e di quelli delle aziende che aderiranno al progetto, previo interessamento delle Associazioni di Categoria.

Partendo dall'esperienza acquisita nell'attuazione del precedente Piano della Prevenzione, il PP03 ha come obiettivo quello di estendere il campo d'azione dalle attività selezionate (Sanità, Istruzione e Ristorazione) alla totalità delle imprese presenti sul territorio della regione, tenendo anche conto delle caratteristiche di queste ultime, evidenziate dall'esame del contesto: quasi l'85 per cento delle aziende facenti parte del campo di osservazione rientrano nella categoria delle microimprese (con 3-9 addetti), con forte prevalenza delle imprese di servizi rispetto a quelle industriali.

Se è ipotizzabile che la risposta sarà diversa a seconda delle dimensioni dell'impresa, l'offerta di informazione e formazione deve necessariamente essere estesa a tutte.

Accompagnare le imprese in un percorso virtuoso di modifica ambientale e organizzativa degli ambienti di lavoro e di promozione dei comportamenti favorevoli alla salute dei lavoratori richiede che la Regione



selezioni le Pratiche raccomandate e sostenibili attraverso la stesura di un documento che le comprenda e che verrà proposto a imprese/Pubbliche Amministrazioni/Aziende sanitarie e Ospedaliere, promuovendone l'adesione alla rete WHP Luoghi di lavoro che promuovono salute.

E' indispensabile un approfondito e proficuo confronto con i principali portatori d'interesse-parti sociali, organismi paritetici, INAIL, Medici Competenti- per realizzare una progettazione partecipata e condivisa della rete WHP.

Relativamente agli stili di vita della popolazione in età lavorativa, il 64 % della popolazione molisana adulta è esposta alla sedentarietà come fattore di rischio per la salute, il 54,6% è in sovrappeso e il 14% obeso, il 45,2 % consuma meno di tre porzioni di frutta e verdura, il 29,3% è un consumatore abituale di alcol e il 9,4% di alcol a rischio, il 23,2 % è fumatore e il 6,1% forte fumatore.

Fattore di rischio	Prevalenza
Alcol abituale	29,3
Alcol a rischio	9,4
Fumatori	23,2
Forti fumatori	6,1
Sedentari	64,4
no 5 F&V a day	93,5
no 3 F&V a day	45,2
Poche F&V	19,7
Troppe carni	44,1
Troppi grassi	3,3
Sovrappeso	54,6
Obesi	14,0

L'ambiente di lavoro è un setting strategico per contrastare la sedentarietà e promuovere la salute.

La promozione dell'attività fisica sui luoghi di lavoro, obiettivo previsto dal PNP, sta assumendo un'importanza crescente anche per il processo in atto di invecchiamento della popolazione generale e quindi anche di quella lavorativa. Per contrastare efficacemente la sedentarietà e l'inattività fisica sul luogo di lavoro è necessario sviluppare programmi multi-componente di promozione dell'attività fisica aventi almeno le seguenti caratteristiche: policy aziendali a favore della promozione di uno stile di vita attivo, coinvolgimento del medico competente, riorganizzazione dell'ambiente lavorativo e delle modalità di lavoro in modo da facilitare la pratica dell'attività fisica e contrastare la sedentarietà, supporto al cambiamento dei comportamenti non salutari da parte del singolo e del gruppo.

Le aree prioritarie considerate sono:

- la promozione di percorsi di responsabilizzazione sociale e di adozione di buone prassi da parte delle imprese e dei lavoratori per il miglioramento della sicurezza e della salute globale dei lavoratori.
- l'individuazione di pratiche per la prevenzione degli infortuni sul lavoro poiché continuano a rappresentare un grave onere per i costi sia economici sia sociali di disabilità e morti evitabili (collegamento con il PP06);
- l'identificazione di buone prassi per la prevenzione delle malattie professionali che risultano in aumento in particolare per quanto riguarda le patologie del sistema osteomuscolare e del tessuto

connettivo, che sono al primo posto, le malattie del sistema nervoso (per il genere femminile) e le ipoacusie (per il genere maschile) (collegamento con il PP08);

- promozione dei corretti stili di vita (Alimentazione, Tabagismo, Attività Fisica, Alcool e dipendenze (con possibilità di associazione ad interventi raccomandati per il benessere aziendale e lo sviluppo sostenibile, la prevenzione di IST/HIV), in collegamento con i PP02 e PP01;
- prevenzione del rischio da stress lavoro-correlato nell'ambito della sorveglianza sanitaria (PP08) .

Secondo il Network Italiano Evidence based Prevention, ad esempio gli interventi nel campo dell'alimentazione più frequentemente adottati comprendono l'etichettatura nutrizionale dei prodotti alimentari, snack a basso contenuto di grassi e alto contenuto di fibre, presenti sia nelle macchinette che nelle caffetterie, distribuzione di menù più sani, formazione del personale di mense e caffetterie, ricette per incrementare il consumo di frutta e verdura.

Gli interventi di promozione dell'attività fisica prevedono poster, volantini, cartelli che indicano la presenza di scale, materiale di auto-aiuto per valutare i propri livelli di attività fisica e suggerimenti per l'incremento, aree pedonali vicino al luogo di lavoro e se possibile l'accesso a palestre.

Gli interventi per la cessazione del fumo prevedono aree con divieto di fumare, incoraggiamento a smettere da parte degli stessi colleghi, sponsorizzazione di quit-line.

3.3.4 Obiettivi e indicatori delle azioni trasversali

INTERSETTORIALITÀ

PP03_OT01	Sviluppare collaborazioni intersettoriali finalizzate ad attivare il ruolo e la responsabilità, competente e consapevole, dei datori di lavoro nel riorientare le prassi organizzative e migliorare gli ambienti
PP03_OT01_IT01	Accordi intersettoriali finalizzati a diffusione/sviluppo e sostenibilità del programma
formula	Presenza di Accordi formalizzati
Standard	Almeno 1 Accordo di carattere regionale entro il 2022
Fonte	Regione

FORMAZIONE

PP03_OT02	Garantire opportunità di formazione dei professionisti sanitari e medici
PP03_OT02_IT02	Formazione dei Medici Competenti al counseling breve
formula	Presenza di offerta regionale di programmi formativi validati (anche FAD)
Standard	Realizzazione di almeno 1 percorso formativo entro il 2022
Fonte	Regione

COMUNICAZIONE

PP03_OT03	Promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezza che favoriscano cambiamenti sostenibili di prassi organizzative/famigliari per rendere facilmente adottabili scelte comportamentali favorevoli alla salute
-----------	--



PP03_OT03_IT03	Iniziative di marketing sociale per lavoratori, famiglie, datori, associazioni
formula	Disponibilità e utilizzo di strumenti/materiali per iniziative di marketing sociale
Standard	Progettazione e produzione di strumenti/materiali per iniziative di marketing sociale entro il 2022 realizzazione di almeno un intervento di marketing sociale ogni anno a partire dal 2023
Fonte	Regione

EQUITÀ

PP03_OT04	Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza dei datori di lavoro sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze di salute, delle prassi organizzative
PP03_OT04_IT04	Lenti di equità
formula	Adozione dell'HEA
Standard	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2022
Fonte	Regione

3.3.5 Obiettivi e indicatori specifici

PP03_OS02	Predisporre un Documento regionale descrittivo dei suddetti interventi (c.d. "Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili")
PP03_OS02_IS01	Documento regionale che descrive le Pratiche raccomandate e sostenibili che vengono proposte alle imprese-aziende/Pubbliche Amministrazioni/Aziende sanitarie e ospedaliere ("Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili")
formula	presenza
Standard	disponibilità di 1 Documento entro il 2022 con possibili aggiornamenti annuali
Fonte	Regione
PP03_OS02_IS02	Disponibilità di un sistema di monitoraggio regionale per la rilevazione della realizzazione degli interventi di cui al "Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili"
formula	presenza
Standard	Progettazione/adattamento del sistema entro il 2022, disponibilità e utilizzo del sistema ogni anno a partire dal 2023
Fonte	Regione
PP03_OS01	Promuovere presso i luoghi di lavoro (pubblici e privati) l'adozione di interventi finalizzati a rendere gli ambienti di lavoro favorevoli alla adozione competente e consapevole di



	sani stili di vita
PP03_OS01_IS03	Luoghi di lavoro raggiunti dal Programma (a)
formula	(N. sedi di aziende private/amministrazioni pubbliche, aderenti al Programma che realizzano almeno un intervento tra quelli previsti dal “Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili”, per ciascuna area indicata nel Documento stesso) / (N. sedi di aziende private/amministrazioni pubbliche aderenti al Programma) *100
Standard	almeno il 10% entro il 2023; almeno il 20% entro il 2025
Fonte	Regione
PP03_OS01_IS04	Luoghi di lavoro raggiunti dal Programma (b)
formula	(N. Aziende Sanitarie e Ospedaliere aderenti al Programma che realizzano almeno un intervento tra quelli previsti dal “Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili” per ciascuna area indicata nel Documento stesso) / (N. Aziende sanitarie e ospedaliere aderenti al Programma) *100
Standard	almeno il 20% entro il 2023; almeno il 50% entro il 2025
Fonte	Regione

3.3.6 Azioni

PROGRAMMA	PP03
TITOLO AZIONE (1 di 11)	Realizzazione di un sistema di monitoraggio dell'implementazione degli interventi di cui al documento regionale
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.4 Implementazione e miglior utilizzo di sistemi informativi (quantitativi e qualitativi) regionali
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 Promuovere presso i luoghi di lavoro (pubblici e privati) l'adozione di interventi finalizzati a rendere gli ambienti di lavoro favorevoli alla adozione competente e consapevole di sani stili di vita	
OS01IS03	Luoghi di lavoro raggiunti dal Programma (a)
OS01IS04	Luoghi di lavoro raggiunti dal Programma (b)
OS02 Predisporre un Documento regionale descrittivo dei suddetti interventi (c.d. “Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili”)	
OS02IS02	Disponibilità di un sistema di monitoraggio regionale per la rilevazione della realizzazione degli interventi di cui al “Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili”
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT01 Sviluppare collaborazioni intersettoriali finalizzate ad attivare il ruolo e la responsabilità, competente e consapevole, dei datori di lavoro nel riorientare le prassi organizzative e migliorare gli ambienti	



OT01IT01	Accordi intersettoriali finalizzati a diffusione/sviluppo e sostenibilità del programma
CICLO DI VITA	età lavorativa
SETTING	ambiente di lavoro;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria;altro:Pubbliche Amministrazioni

DESCRIZIONE

La necessità di monitorare nel tempo la realizzazione degli interventi ricompresi nel "Documento Regionale di pratiche raccomandate e sostenibili", redatto a livello regionale e illustrato alle imprese per la sua adozione, implica la progettazione di un sistema di monitoraggio, su supporto informatico, che verrà realizzato entro il 2022 e utilizzato e aggiornato annualmente a partire dal 2023.

Il suo utilizzo alimenterà la banca dati utilizzata per l'intervento di stratificazione della popolazione molisana di cui al PP02.

PROGRAMMA	PP03
TITOLO AZIONE (2 di 11)	stesura di un documento di indirizzo
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.8 Predisposizione, adozione e diffusione di documenti tecnici/ di indirizzo metodologico, raccolte di "Pratiche Raccomandate" e/o "Buone Pratiche"
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS02 Predisporre un Documento regionale descrittivo dei suddetti interventi (c.d. "Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili")	
OS02IS02	Disponibilità di un sistema di monitoraggio regionale per la rilevazione della realizzazione degli interventi di cui al "Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili"
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT01 Sviluppare collaborazioni intersettoriali finalizzate ad attivare il ruolo e la responsabilità, competente e consapevole, dei datori di lavoro nel riorientare le prassi organizzative e migliorare gli ambienti	
OT01IT01	Accordi intersettoriali finalizzati a diffusione/sviluppo e sostenibilità del programma
OT04 Orientare gli interventi a criteri di equità, aumentando la consapevolezza dei datori di lavoro sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze di salute, delle prassi organizzative	
OT04IT04	Lenti di equità
CICLO DI VITA	età lavorativa
SETTING	ambiente di lavoro;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria;altro:Pubbliche Amministrazioni

DESCRIZIONE

Accompagnare le imprese in un percorso virtuoso di modifica ambientale e organizzativa degli ambienti di lavoro e di promozione dei comportamenti favorevoli alla salute dei lavoratori richiede che la Regione selezioni le Pratiche raccomandate e sostenibili attraverso la stesura di un documento che le comprenda e che verrà proposto a imprese/Pubbliche Amministrazioni/Aziende sanitarie e Ospedaliere.

Il documento verrà stilato entro il 2022 con possibili modifiche e aggiustamenti annuali.

Fasi:

costituzione del Gruppo di Lavoro per la stesura del documento

selezione delle pratiche raccomandate

stesura del documento

presentazione alla imprese

monitoraggio della sua implementazione

eventuale aggiornamento

PROGRAMMA	PP03
TITOLO AZIONE (3 di 11)	Competente in salute
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.3 Formazione al "Counseling motivazionale breve"
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 Promuovere presso i luoghi di lavoro (pubblici e privati) l'adozione di interventi finalizzati a rendere gli ambienti di lavoro favorevoli alla adozione competente e consapevole di sani stili di vita	
OS01IS03	Luoghi di lavoro raggiunti dal Programma (a)
OS01IS04	Luoghi di lavoro raggiunti dal Programma (b)
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT02 Garantire opportunità di formazione dei professionisti sanitari e medici	
OT02IT02	Formazione dei Medici Competenti al counseling breve
CICLO DI VITA	età adulta;età lavorativa
SETTING	ambiente di lavoro;servizi di prevenzione/cura/assistenza socio sanitaria;comune, Municipalità

DESCRIZIONE



Il ruolo del medico competente non si esaurisce nella valutazione dei rischi generici e specifici connessi all'attività lavorativa, ma si rivela fondamentale nel contribuire a modificare l'ambiente lavorativo e l'organizzazione aziendale in senso favorevole alla salute.

La visita medica finalizzata alla valutazione periodica dell'idoneità al lavoro costituisce una preziosa occasione per esplorare la disponibilità al cambiamento dello stile di vita del lavoratore attraverso il counselling motivazionale breve.

Esistono già percorsi formativi diretti ai medici competenti, anche FAD, che verranno attivati e proposti ai medici iscritti nell'elenco regionale di medici competenti.

Personale dell'ASReM e del Centro di didattica multimediale " Luoghi di Prevenzione" ha seguito il corso "Le competenze professionali trasversali del Medico Competente a supporto del cambiamento degli stili di vita a rischio", acquisendo le competenze per effettuare attività di formazione nei confronti dei medici competenti ASReM, dei medici competenti iscritti nell'elenco regionale e di quelli delle aziende che aderiranno al progetto, previo interessamento delle Associazioni di Categoria.

L'approccio motivazionale è una metodologia utile per qualsiasi operatore sanitario sia interessato a dare un contributo, anche in contesti opportunistici, alla modificazione degli stili di vita individuali a rischio. La linea d'intervento, riservata al Medico competente, nell'ambito del Progetto Luoghi di Lavoro che promuovono salute, si ispira a tali indicazioni e, trasversalmente, realizza azioni formative integrate che interessano diversi Programmi e linee di intervento del Piano Nazionale della Prevenzione. In particolare intende favorire la costruzione di competenze individuali e comunitarie che proteggono e promuovono la salute.

PROGRAMMA	PP03
TITOLO AZIONE (4 di 11)	Insegno consapevolmente
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.6 Formazione operatori settore Scuola (Insegnanti, Dirigenti Scolastici, ecc.)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 Promuovere presso i luoghi di lavoro (pubblici e privati) l'adozione di interventi finalizzati a rendere gli ambienti di lavoro favorevoli alla adozione competente e consapevole di sani stili di vita	
OS01IS03	Luoghi di lavoro raggiunti dal Programma (a)
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT01 Sviluppare collaborazioni intersettoriali finalizzate ad attivare il ruolo e la responsabilità, competente e consapevole, dei datori di lavori nel riorientare le prassi organizzative e migliorare gli ambienti	
OT01IT01	Accordi intersettoriali finalizzati a diffusione/sviluppo e sostenibilità del programma



CICLO DI VITA	età adulta
SETTING	scuola; ambiente di lavoro

DESCRIZIONE

Per la sua rappresentanza in quasi tutti i comuni della regione e le sue 508 scuole, nell'ambito del programma di contrasto alle malattie croniche del precedente Piano Regionale della Prevenzione, l'istituzione scolastica è stata uno dei luoghi di lavoro individuati per la proposta di un percorso di cambiamento dei comportamenti al personale che vi opera.

Da parte della struttura "Luoghi di Prevenzione", Centro di didattica multimediale realizzato sul modello della LILT di Reggio Emilia e della Regione Emilia Romagna e gestito dalla LILT di Campobasso, associazione con la quale la Regione Molise ha sottoscritto un Accordo di collaborazione, nella fase di attuazione del precedente Piano Regionale della Prevenzione, sono stati effettuati interventi in 6 scuole pilota, scelte tra quelle con maggior numero di insegnanti a livello regionale, i quali hanno svolto un colloquio motivazionale breve con gli psicologi della struttura, a completamento del percorso formativo.

In continuità con quanto già effettuato nell'attuazione del precedente Piano della Prevenzione, dunque, e in connessione al PP01, agli insegnanti che operano nelle scuole aderenti alla rete delle scuole che promuovono salute, intesi come lavoratori, verrà proposto, da parte di personale che possiede tali competenze, un percorso motivazionale volto alla modifica degli stili di vita non favorevoli alla salute.

PROGRAMMA	PP03
TITOLO AZIONE (5 di 11)	Consapevole responsabilità
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.7 Formazione operatori di altri Settori (es. OSA, Associazioni, RLSP, ecc.)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 Promuovere presso i luoghi di lavoro (pubblici e privati) l'adozione di interventi finalizzati a rendere gli ambienti di lavoro favorevoli alla adozione competente e consapevole di sani stili di vita	
OS01IS03	Luoghi di lavoro raggiunti dal Programma (a)
OS01IS04	Luoghi di lavoro raggiunti dal Programma (b)
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT03 Promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezza che favoriscano cambiamenti sostenibili di prassi organizzative/famigliari per rendere facilmente adottabili scelte comportamentali favorevoli alla salute	
OT03IT03	Iniziative di marketing sociale per lavoratori, famiglie, datori, associazioni
CICLO DI VITA	età lavorativa



SETTING	ambiente di lavoro;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria;comune, Municipalità;altro:Pubbliche Amministrazioni
----------------	---

DESCRIZIONE

L'intervento formativo mira a promuovere la consapevolezza dei RLSSP, RLS, lavoratori, rappresentanti sindacali, Responsabili Risorse Umane dell'importanza dell'ambiente organizzativo e della scelta di stili di vita favorevoli alla salute con particolare riguardo ai comportamenti additivi.

Verranno organizzate e promosse iniziative di formazione per dirigenti, figure di sistema (datore di lavoro, RSPP, preposti, RLS, incaricati di primo soccorso), figure professionali che ricoprono un ruolo intermedio (ad es. quadri, capi-squadra, capituono, project leader, coordinatori di team), finalizzate a ad aumentare la conoscenza della policy aziendale e le capacità di gestione dei lavoratori con comportamenti additivi.

I capi intermedi/figure di sistema possono svolgere un ruolo fondamentale nella creazione di un ambiente che promuova effettivamente pratiche di lavoro sane e sicure, assumendo il ruolo di agenti di cambiamento e motivando tutti i lavoratori al sostegno della policy aziendale.

Ogni azienda definisce il ruolo delle figure intermedie diversamente, sulla base di fattori quali la natura del lavoro, le modalità organizzative, il contesto in cui si svolge.

Con la formazione, queste figure dovrebbero essere messe in grado di: conoscere la policy aziendale drug-free e gli strumenti a supporto dei lavoratori, tenere aperti buoni canali di comunicazione, riconoscere i segnali di allerta che possono rivelare un potenziale consumo di sostanze/comportamento additivo da parte dei lavoratori, documentare i fatti, gestire i lavoratori problematici e, al bisogno, accompagnarli nella ricerca di aiuto

PROGRAMMA	PP03
TITOLO AZIONE (6 di 11)	Offerta di ristorazione salutare
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLA MODIFICA AMBIENTALE/ORGANIZZATIVA DI UN SETTING PER FAVORIRE L'ADOZIONE COMPETENTE E CONSAPEVOLE DI STILI DI VITA FAVOREVOLI ALLA SALUTE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	3.2 Supporto ai Settori responsabili di un "ambiente organizzato" (setting) nella adozione di "pratiche raccomandate" per favorire una alimentazione salutare (miglioramento/orientamento di capitolati d'appalto di mense - ristorazione collettiva-e vending, di spuntini/merende, di bar interni, di ristorazione pubblica)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	


OS01 Promuovere presso i luoghi di lavoro (pubblici e privati) l'adozione di interventi finalizzati a rendere gli ambienti di lavoro favorevoli alla adozione competente e consapevole di sani stili di vita
OS01IS03 Luoghi di lavoro raggiunti dal Programma (a)

OS01IS04 Luoghi di lavoro raggiunti dal Programma (b)

OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI
OT03 Promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezze che favoriscano cambiamenti sostenibili di prassi organizzative/famigliari per rendere facilmente adottabili scelte comportamentali favorevoli alla salute
OT03IT03 Iniziative di marketing sociale per lavoratori, famiglie, datori, associazioni

CICLO DI VITA infanzia;adolescenza;età adulta;età lavorativa

SETTING ambiente di lavoro;comune, Municipalità

DESCRIZIONE

L'intervento ha lo scopo di promuovere l'adozione di menù salutarie da parte degli OSA appartenenti al settore della ristorazione collettiva e pubblica in connessione con il PL13 e con il PP01 per quanto riguarda la ristorazione scolastica.

In particolare si favorirà il consumo di verdura e frutta, la presenza di pesce, legumi, il consumo ridotto di sale e l'utilizzo di sale iodato.

La volontà del datore di lavoro di offrire tale opportunità ai propri dipendenti e il coinvolgimento delle organizzazioni sindacali sono condicio sine qua non per l'adesione alla proposta.

Per le mense aziendali, verrà definito con la ditta-gestore e/o con il personale interno addetto, un capitolato e un menù orientato a un'offerta di alimenti salutarie e bilanciati.

Verranno realizzati percorsi formativi per il personale della ditta gestore e/o degli addetti interni su preparazione e composizione equilibrata del pasto e porzioni corrette

I fruitori del servizio, attraverso materiale informativo, riceveranno informazioni sulla composizione equilibrata del pasto e sulle porzioni corrette

Verrà concordato con i soggetti gestori dei distributori automatici di alimenti un capitolato che comprenda almeno il 30% di alimenti con contenuto calorico non superiore a 150 Kcal e contenuto in grassi non superiore a 5 gr.

Per quanto attiene ai Bar interni, verranno condivisi con i gestori specifici requisiti organizzativi e concertate proposte per garantire la presenza di una offerta salutare.

In caso di assenza della mensa aziendale, i datori di lavoro verranno sollecitati affinché predispongano un'area dove sia possibile consumare alimenti portati da casa, creando un ambiente adeguato e confortevole in cui garantire la presenza di distributori di acqua gratuita, forno a microonde, frigorifero e altri requisiti organizzativi che influiscono sulla salubrità del pasto e attivino (eventualmente anche attraverso accordi con produttori locali) la disponibilità di frutta e/o verdura fresca di stagione gratuita almeno a cadenza settimanale.



Verranno inoltre realizzati percorsi di collaborazione con Associazioni di categoria o singoli ristoratori – in particolare erogatori di buoni pasto o convenzionati - per migliorare l'offerta e l'organizzazione in termini salutari e promossi percorsi informativi e di sensibilizzazione nei confronti dei ristoratori

EQUITA'

L'offerta alimentare deve contemplare anche menù fruibili da lavoratori-lavoratrici affetti da celiachia o documentate/validate intolleranze alimentari e aderenti a comportamenti alimentari vincolati da scelte etiche/religiose.

La realizzazione delle pratiche deve tenere conto di eventuali barriere linguistiche, bassi livelli di alfabetizzazione

PROGRAMMA	PP03
TITOLO AZIONE (7 di 11)	Sali le scale e sale la salute
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLA MODIFICA AMBIENTALE/ORGANIZZATIVA DI UN SETTING PER FAVORIRE L'ADOZIONE COMPETENTE E CONSAPEVOLE DI STILI DI VITA FAVOREVOLI ALLA SALUTE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	3.3 Supporto ai Settori responsabili di "ambienti organizzati" (setting) nella adozione di "pratiche raccomandate" per favorire stile di vita attivo (pause attive, Pedibus, Playground, Gruppi di cammino, Scale per la salute, Bike to work, ecc.)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 Promuovere presso i luoghi di lavoro (pubblici e privati) l'adozione di interventi finalizzati a rendere gli ambienti di lavoro favorevoli alla adozione competente e consapevole di sani stili di vita	
OS01IS03	Luoghi di lavoro raggiunti dal Programma (a)
OS01IS04	Luoghi di lavoro raggiunti dal Programma (b)
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT03 Promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezze che favoriscano cambiamenti sostenibili di prassi organizzative/famigliari per rendere facilmente adottabili scelte comportamentali favorevoli alla salute	
OT03IT03	Iniziative di marketing sociale per lavoratori, famiglie, datori, associazioni
CICLO DI VITA	età adulta;età lavorativa
SETTING	ambiente di lavoro;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria;comune, Municipalità;altro:Pubbliche Amministrazioni

DESCRIZIONE



In Europa, si stima che più del 35% delle persone resti seduta per più di 7 ore al giorno. Anche in Italia, tra la popolazione adulta che lavora, la sedentarietà è un comportamento diffuso, determinato dai lunghi periodi trascorsi in piedi o seduti, durante la giornata. I lavoratori che dichiarano di avere invece uno stile di vita attivo sono una minoranza, rispetto a chi è attivo solo in parte.

La sedentarietà è una condizione che può essere favorita dal tipo di lavoro svolto, ma può essere anche un'abitudine mantenuta nel tempo libero. I dati dicono inoltre che questo comportamento tocca i picchi più alti tra i 50 e i 69 anni, tra le donne, tra le persone che hanno un titolo di studio basso o assente, tra chi incontra molte difficoltà economiche, tra i cittadini stranieri e tra coloro che vivono nelle regioni del Sud.

In ambito lavorativo un intervento per la promozione dell'attività fisica a bassissimo costo consiste nella promozione e incentivazione dell'uso delle scale in sostituzione dell'ascensore ("Scale per la salute").

Tale intervento comporta la necessità di migliorare il contesto fisico ove sono ubicate le scale (sicurezza, illuminazione, pulizia, etc.) per incoraggiarne l'uso al posto dell'ascensore.

Il datore di lavoro può promuovere la mobilità attiva nel percorso casa-lavoro favorendo l'uso della bicicletta per raggiungere la sede di lavoro mediante:

- dialogo collaborativo con Enti locali per la realizzazione di interventi strutturali volti alla creazione di percorsi pedonali – ciclabili sicuri in prossimità dell'azienda (Connessione con PP02)
- realizzazione di parcheggio e/o rastrelliere coperte- fornitura di biciclette in comodato d'uso ai dipendenti;
- attivazione di convenzioni per sconti su acquisto e/o offerta di materiale utile correlato all'utilizzo della bicicletta;
- promozione e/o adesione a iniziative incentivanti promosse da associazioni (esempio "Bike to work")

La mobilità attiva nel percorso casa-lavoro può essere incentivata promuovendo, in collaborazione con Enti/Associazioni, l'offerta di opportunità formative informative sulla sicurezza stradale e l'uso sicuro della bicicletta, organizzando "Gruppi di cammino" aziendali e creando Walking leader interni.

L'offerta di opportunità di attività fisica deve contemplare elementi di accessibilità per lavoratori con disabilità fisiche o aderenti a comportamenti vincolati da scelte religiose/culturali e la realizzazione delle pratiche deve tenere conto di eventuali barriere linguistiche, bassi livelli di alfabetizzazione

L'azione è in stretta connessione con i Programmi PP01, PP02, PP05, PP09.

PROGRAMMA	PP03
TITOLO AZIONE (8 di 11)	Luoghi di lavoro liberi dal fumo
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLA MODIFICA AMBIENTALE/ORGANIZZATIVA DI UN SETTING PER FAVORIRE L'ADOZIONE COMPETENTE E CONSAPEVOLE DI STILI DI VITA FAVOREVOLI



	ALLA SALUTE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	3.4 Supporto ai Settori responsabili di "ambienti organizzati" (setting) nella adozione di "pratiche raccomandate" per la creazione di "setting libero dal fumo"
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 Promuovere presso i luoghi di lavoro (pubblici e privati) l'adozione di interventi finalizzati a rendere gli ambienti di lavoro favorevoli alla adozione competente e consapevole di sani stili di vita	
OS01IS03	Luoghi di lavoro raggiunti dal Programma (a)
OS01IS04	Luoghi di lavoro raggiunti dal Programma (b)
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT03 Promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezze che favoriscano cambiamenti sostenibili di prassi organizzative/famigliari per rendere facilmente adottabili scelte comportamentali favorevoli alla salute	
OT03IT03	Iniziative di marketing sociale per lavoratori, famiglie, datori, associazioni
CICLO DI VITA	età adulta;età lavorativa
SETTING	ambiente di lavoro;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

In continuità con il precedente piano verrà proposto la definizione e l'attuazione di una policy e un regolamento aziendale di "Luogo di lavoro libero dal fumo", attraverso un adeguato percorso di condivisione e preparazione con le principali figure aziendali (Dirigenza, organizzazioni sindacali, ecc.) e di informazione e promozione con i lavoratori e altri soggetti frequentanti l'azienda.

Gli elementi principali per la realizzazione di un luogo di lavoro libero dal fumo sono:

- monitorare e valutare periodicamente la politica antifumo aziendale,
- predisporre idonei spazi/pause per i fumatori,
- regolamentare l'utilizzo delle E-CIG,
- comunicare la politica aziendale,
- informare sui danni da fumo attivo e passivo,
- applicare il divieto di fumo e vigilare sul rispetto.

Al fine di supportare la cessazione tabagica, verranno attivate iniziative per promuovere la conoscenza dell'offerta dei Centri per il Trattamento del Tabagismo del Sistema Sanitario e promossa la diffusione di iniziative e strumenti validati e gratuiti per aiutare il fumatore ad acquisire consapevolezza della propria dipendenza dal fumo e stimolare il miglioramento della salute

Si terrà conto delle eventuali barriere linguistiche e dei bassi livelli di alfabetizzazione.



PROGRAMMA	PP03
TITOLO AZIONE (9 di 11)	Resto lucido
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLA MODIFICA AMBIENTALE/ORGANIZZATIVA DI UN SETTING PER FAVORIRE L'ADOZIONE COMPETENTE E CONSAPEVOLE DI STILI DI VITA FAVOREVOLI ALLA SALUTE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	3.5 Supporto ai Settori responsabili di un "ambiente organizzato" (setting) nella adozione di "pratiche raccomandate" per il contrasto a comportamenti additivi (alcol, sostanze, gap, doping, ecc.)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 Promuovere presso i luoghi di lavoro (pubblici e privati) l'adozione di interventi finalizzati a rendere gli ambienti di lavoro favorevoli alla adozione competente e consapevole di sani stili di vita	
OS01IS03	Luoghi di lavoro raggiunti dal Programma (a)
OS01IS04	Luoghi di lavoro raggiunti dal Programma (b)
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT03 Promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezze che favoriscano cambiamenti sostenibili di prassi organizzative/famigliari per rendere facilmente adottabili scelte comportamentali favorevoli alla salute	
OT03IT03	Iniziative di marketing sociale per lavoratori, famiglie, datori, associazioni
CICLO DI VITA	età adulta;età lavorativa
SETTING	scuola;ambiente di lavoro;servizi di prevenzione/cura/assistenza socio sanitaria;comune, Municipalità;altro:Pubbliche Amministrazioni

DESCRIZIONE

L'intervento è volto a scoraggiare il consumo di sostanze e il gioco d'azzardo durante l'orario lavorativo e ad aumentare la consapevolezza dei lavoratori sui rischi determinati dai comportamenti additivi in connessione con il PP04.

Tale azione è indirizzata principalmente ai bar e agli esercizi di somministrazione interni alle Pubbliche amministrazioni e in particolare a quelle convenzionate con le strutture sanitarie.

La definizione e l'attuazione di una policy aziendale per il contrasto ai comportamenti additivi passa attraverso un adeguato percorso di condivisione e preparazione con le principali figure aziendali (Dirigenza, organizzazioni sindacali, ecc.) e la stesura del relativo regolamento attuativo comprensivo delle iniziative di informazione e promozione con i lavoratori e altri soggetti frequentanti l'azienda e degli strumenti di monitoraggio della applicazione della policy nel tempo.

Per costruire una policy efficace occorre considerare le specifiche caratteristiche dell'azienda e dei suoi lavoratori, focalizzandosi su quei fattori di contesto che possono aumentare la probabilità di incorrere in comportamenti additivi (es. facilità di accesso all'alcol, condizioni di lavoro precarie o disagiate, alto livello di stress, cultura aziendale che rinforza l'uso di sostanze, ecc.).



Gli elementi essenziali che una policy dovrebbe includere sono:

- 1) Il riferimento a normative vigenti/regolamenti aziendali/codici comportamentali (es. codice etico)
- 2) Le conseguenze per eventuali violazioni della policy (es. richiami disciplinari)
- 3) Le indicazioni per eventuali possibilità di aiuto e sostegno (es. offerta di risorse interne all'azienda, riferimenti ai servizi del territorio)
- 4) Le procedure per proteggere la privacy e il diritto alla riservatezza dei lavoratori. Una volta definita, la policy deve essere comunicata a tutti i lavoratori attraverso i canali abituali (es. brochure, rete intranet) e le sessioni formative ai nuovi assunti, ai capisquadra, ecc.

Verranno organizzate e promosse iniziative di formazione generale a tutti i lavoratori finalizzate ad aumentare conoscenza e consapevolezza dei rischi legati ai comportamenti additivi, a rinforzare la resilienza, ad acquisire familiarità con le procedure per ottenere supporto.

La formazione generale per il contrasto alle dipendenze ha il duplice obiettivo di promuovere una diversa cultura rispetto ai comportamenti di uso/abuso di sostanze o ad altri comportamenti a rischio (es. gambling) e ad acquisire familiarità con le procedure necessarie per ottenere aiuto, in caso di bisogno, per sé stessi, per un collega, per la propria famiglia.

Il tema dei comportamenti additivi è una questione che attiene alla salute (oltre che alla sicurezza), da trattare al di là degli adempimenti legislativi, nell'ambito di un percorso con contenuti ad hoc: ad esempio, definizione delle dipendenze, fattori di rischio e fattori di protezione, normativa di riferimento e policy aziendale, rete dei servizi di aiuto. Il tema può essere affrontato, inoltre, all'interno di percorsi formativi già presenti: ad esempio, è possibile trattare le dipendenze nei programmi che lavorano su alcune dimensioni trasversali che dovrebbero favorire l'adozione di stili di vita sani (es. come rafforzare lo spirito di gruppo, come gestire lo stress, come comunicare in modo efficace coi propri figli/nipoti in tema di sostanze, come migliorare la propria dieta, ecc.).

L'azione verrà svolta in connessione con il PP04

PROGRAMMA	PP03
TITOLO AZIONE (10 di 11)	Sviluppare collaborazioni intersettoriali finalizzate ad attivare il ruolo e la responsabilità, competente e consapevole, dei datori di lavori nel riorientare le prassi organizzative e migliorare gli ambienti
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI PROCESSI INTERSETTORIALI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	4.1 Sottoscrizione di accordi di collaborazione – protocolli d'intesa, convenzioni con Istituzioni e/o titolari di policy (es. USR, Prefetture, Assessorati regionali Sport, Formazione, Turismo, ecc.)



OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 Promuovere presso i luoghi di lavoro (pubblici e privati) l'adozione di interventi finalizzati a rendere gli ambienti di lavoro favorevoli alla adozione competente e consapevole di sani stili di vita	
OS01IS03	Luoghi di lavoro raggiunti dal Programma (a)
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT01 Sviluppare collaborazioni intersettoriali finalizzate ad attivare il ruolo e la responsabilità, competente e consapevole, dei datori di lavoro nel riorientare le prassi organizzative e migliorare gli ambienti	
OT01IT01	Accordi intersettoriali finalizzati a diffusione/sviluppo e sostenibilità del programma
CICLO DI VITA	età lavorativa
SETTING	comunità;ambiente di lavoro

DESCRIZIONE

Sottoscrizione accordi con INAIL, Ente con il quale si è già stabilita una collaborazione nel precedente piano per incentivare i datori di lavoro all'adozione di un percorso virtuoso di promozione dell'attività fisica, corretta alimentazione e contrasto al fumo di tabacco, anche attraverso incentivi di tipo economico.

AZIONE EQUITY

PROGRAMMA	PP03
TITOLO AZIONE (11 di 11)	Prescrizione di attività salutari attraverso la formazione e un accordo con i MC e MMG, sul counseling breve e sulla prescrizione medica
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.3 Formazione al "Counseling motivazionale breve"
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 Promuovere presso i luoghi di lavoro (pubblici e privati) l'adozione di interventi finalizzati a rendere gli ambienti di lavoro favorevoli alla adozione competente e consapevole di sani stili di vita	
OS01IS04	Luoghi di lavoro raggiunti dal Programma (b)
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT02 Garantire opportunità di formazione dei professionisti sanitari e medici	
OT02IT02	Formazione dei Medici Competenti al counseling breve
CICLO DI VITA	età adulta;età lavorativa
SETTING	ambiente di lavoro;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

La sedentarietà è una condizione che può essere favorita dal tipo di lavoro svolto, ma può essere anche un'abitudine mantenuta nel tempo libero. I dati dicono inoltre che questo comportamento tocca i picchi più



alti tra i 50 e i 69 anni, tra le donne, tra le persone che hanno un titolo di studio basso o assente, tra chi incontra molte difficoltà economiche, tra i cittadini stranieri e tra coloro che vivono nelle regioni del Sud.

In relazione all'individuazione del target nelle donne di 45-64 anni, individuato sulla base del profilo di salute come fascia di età nella quale il peso delle disuguaglianze è maggiore, alla possibilità di intervenire nel setting lavorativo e alle caratteristiche delle Aziende presenti sul territorio regionale, l'intervento si propone di concentrare le azioni di sensibilizzazione in merito ai benefici prodotti da una regolare attività fisica sul personale dipendente del SSR.

Gli interventi ipotizzati potranno coinvolgere primariamente i Medici Competenti che formati e addestrati al counseling breve e MMG in un'ottica di attivazione della rete locale al fine di ingaggiare le persone sulle quali l'intervento dovrebbe agire significativamente nella riduzione delle disuguaglianze di salute.

Il target dell'intervento ed il setting identificato suggeriscono di contestualizzare l'esperienza di dimostrata efficacia sul modello utilizzato nella Regione della Comunità Valenciana, che prevede, in particolare, la prescrizione medica che si attiva nei casi di sedentarietà, isolamento sociale e solitudine delle dipendenti del SSR (con particolare attenzione alla fascia di età 45-64 anni).

Per rendere più vincolante l'intervento sulla base dell'anamnesi il MC e il MMG prescrive di svolgere attività fisica ogni qualvolta una donna in età lavorativa, sedentaria e/o sovrappeso, accede ai servizi.

Si ritiene essenziale affiancare la diffusione di informazioni con interventi atti ad aumentare la consapevolezza di come semplici azioni quotidiane possano garantire un significativo miglioramento del benessere psicofisico e, in prospettiva della quiescenza, proseguire il percorso sulla base di stili di vita salutari e attivi.

Benefici: prevenzione depressione, stress lavoro correlato, osteoporosi oltre a prevenzione/miglior controllo malattie croniche.

Possibili iniziative:

- favorire l'utilizzo delle scale attraverso la loro valorizzazione l'azione «Scale per la salute» (applicando frasi, adesivi colorati, illuminazione/pulizia, rinforzi tramite newsletter ecc)
- incentivare la mobilità attiva (connessione PP02)
- stipulare convenzioni con associazioni sportive
- sottoscrivere accordi con bar, servizi ristoro nei pressi delle sedi aziendali per la predisposizione di menù bilanciati
- favorire pause attive sul posto di lavoro

La realizzazione delle pratiche deve tenere conto di eventuali barriere linguistiche, bassi livelli di alfabetizzazione.

MONITORAGGIO DELL'AZIONE EQUITY-ORIENTED

OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Incrementare la percentuale di lavoratrici donne di 45-64 anni normopeso e fisicamente attive
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	<p>Gli interventi ipotizzati potranno coinvolgere primariamente Medici Competenti e Medici di Medicina Generale in un ottica di attivazione della rete locale al fine di ingaggiare le persone sulle quali l'intervento dovrebbe agire significativamente nella riduzione delle disuguaglianze di salute.</p> <p>Il target dell'intervento ed il setting identificato suggeriscono di contestualizzare l'esperienza di dimostrata efficacia sul modello utilizzato nella Regione della Comunità Valenciana, che prevede, in particolare, la prescrizione medica che si attiva nei casi di sedentarietà, isolamento sociale e solitudine delle dipendenti del SSR (con particolare attenzione alla fascia di età 45-64 anni).</p> <p>Principali barriere</p> <ul style="list-style-type: none"> -Resistenza al cambiamento delle persone adulte in merito alla propria vita/quotidianità -Difficoltà del SSR di evolvere e di attivare collaborazioni -Impegno del SSR nella gestione della pandemia -Aumento dello smart working <p>Modalità di superamento delle barriere:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Valorizzando il ruolo della prevenzione quale pilastro per l'ottimizzazione delle risorse -Facilitando l'attivazione di reti intersettoriali -Fornendo gli strumenti necessari per aumentare l'advocacy, la Capacity building e l'empowerment dei singoli -Attivando corsi di formazione specifici -Implementando la diffusione di informazioni
ATTORI COINVOLTI	<ul style="list-style-type: none"> -ASL e Ospedali -MC e MMG (accordo specifico in merito alla prescrizione) -Medici dello sport - ANCI - Centri/associazioni delle attività sportive/CONI -CRAL
INDICATORE	<p>Unità Operative Ospedaliere e territoriali partecipanti al programma</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formula: N°. di Unità Operative partecipanti al programma/n. di Unità Operative alle quali è stato proposto l'intervento*100



	<ul style="list-style-type: none"> StandardAttraverso i MC, opportunamente formati e in rete con i Medici di Medicina Generale, sarà proposto un intervento motivazionale breve per promuovere l'aumento dell'attività motoria nelle lavoratrici del SSR appartenenti alla fascia d'età 45/64 anni, che risultano sedentarie e/o in sovrappeso. FonteRegione
OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Incrementare la percentuale di lavoratrici donne di 45-64 anni normopeso e fisicamente attive
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	<p>Gli interventi ipotizzati potranno coinvolgere primariamente Medici Competenti e Medici di Medicina Generale in un ottica di attivazione della rete locale al fine di ingaggiare le persone sulle quali l'intervento dovrebbe agire significativamente nella riduzione delle disuguaglianze di salute.</p> <p>Il target dell'intervento ed il setting identificato suggeriscono di contestualizzare l'esperienza di dimostrata efficacia sul modello utilizzato nella Regione della Comunità Valenciana, che prevede, in particolare, la prescrizione medica che si attiva nei casi di sedentarietà, isolamento sociale e solitudine delle dipendenti del SSR (con particolare attenzione alla fascia di età 45-64 anni).</p> <p>Principali barriere</p> <ul style="list-style-type: none"> -Resistenza al cambiamento delle persone adulte in merito alla propria vita/quotidianità -Difficoltà del SSR di evolvere e di attivare collaborazioni -Impegno del SSR nella gestione della pandemia -Aumento dello smart working <p>Modalità di superamento delle barriere:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Valorizzando il ruolo della prevenzione quale pilastro per l'ottimizzazione delle risorse -Facilitando l'attivazione di reti intersettoriali -Fornendo gli strumenti necessari per aumentare l'advocacy, la Capacity building e l'empowerment dei singoli -Attivando corsi di formazione specifici -Implementando la diffusione di informazioni
ATTORI COINVOLTI	<ul style="list-style-type: none"> -ASL e Ospedali -MC e MMG (accordo specifico in merito alla prescrizione) -Medici dello sport - ANCI - Centri/associazioni delle attività sportive/CONI -CRAL
INDICATORE	Percentuale di lavoratrici del servizio Sanitario Regionale di 45-64 anni fisicamente



	attive
	<ul style="list-style-type: none">• Formula: N° lavoratrici sedentarie, sovrappeso e/o obese del SSR di 45-64 che aumentano il livello di attività fisica / N° lavoratrici del SSR che hanno ricevuto il consiglio dal MC di aumentare l'attività fisica $\times 100$• Standard Il MC nell'espletamento della sua attività, raggiunge tutte le lavoratrici del SSR. Alla valutazione clinica, tutte le lavoratrici sedentarie, in sovrappeso e/o obese riceveranno l'avviso motivazionale breve per l'incremento dell'attività motoria. Il MC, nel corso delle visite cliniche successive, farà il monitoraggio dell'intervento.• Fonte ASReM



3.4 PP04 Dipendenze

3.4.1 Quadro logico regionale

CODICE	PP04
REFERENTI DEL PROGRAMMA	Scioli Giuseppe Antonio
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	MO2 Dipendenze da sostanze e comportamenti
MACRO OBIETTIVO TRASVERSALE DI RIFERIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> - MO1 Malattie croniche non trasmissibili - MO2 Dipendenze da sostanze e comportamenti - MO3 Incidenti domestici e stradali - MO4 Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali - MO5 Ambiente, Clima e Salute - MO6 Malattie infettive prioritarie
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	<ul style="list-style-type: none"> - MO1-02 Promuovere la salute riproduttiva e pre-concezionale della donna, della coppia, dei genitori - MO1-03 Promuovere la salute nei primi 1000 giorni - MO1-07 Sviluppare e/o migliorare le conoscenze e le competenze di tutti i componenti della comunità scolastica, agendo sull'ambiente formativo, sociale, fisico e organizzativo e rafforzando la collaborazione con la comunità locale - MO2-01 Migliorare le conoscenze e le competenze di tutti i componenti della comunità scolastica, agendo sull'ambiente formativo, sociale, fisico e organizzativo e rafforzando la collaborazione con la comunità locale - MO2-02 Aumentare la percezione del rischio e l'empowerment degli individui - MO2-03 Aumentare/migliorare le competenze degli operatori e degli attori coinvolti - MO2-04 Migliorare la qualità dei programmi di prevenzione dell'uso di sostanze psicotrope - MO2-05 Identificare precocemente e prendere in carico i soggetti in condizioni di rischio aumentato - MO2-06 Offrire programmi finalizzati alla limitazione dei rischi e alla riduzione del danno - MO2-07 Sensibilizzare sui rischi, le problematiche e le patologie correlate a uso/abuso di sostanze - MO3-05 Promuovere politiche intersettoriali mirate a migliorare la sicurezza delle strade e dei veicoli, integrando gli interventi che vanno ad agire sui comportamenti con quelli di miglioramento dell'ambiente



	<ul style="list-style-type: none"> - MO4-01 Programmare interventi di prevenzione in ragione delle esigenze dettate dalle evidenze epidemiologiche e dal contesto socio-occupazionale - MO4-07 Implementare un modello di tutela del lavoratore che sia evoluzione della prevenzione degli infortuni e malattie verso la “conservazione attiva” della salute, ovvero verso la Total worker health - MO4-08 Potenziare la rete di collaborazione tra professionisti sanitari medici del lavoro dei servizi territoriali e ospedalieri e MMG, per la tutela della salute del lavoratore in un’ottica di Total worker health - MO4-09 Incentivare, orientare e monitorare le azioni di welfare aziendale più strettamente connesse alla salute globale del lavoratore - MO5-01 Implementare il modello della “Salute in tutte le politiche” secondo gli obiettivi integrati dell’Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile e promuovere l'applicazione di un approccio One Health per garantire l'attuazione di programmi sostenibili di protezione ambientale e di promozione della salute - MO5-08 Promuovere e supportare politiche/azioni integrate e intersettoriali tese a rendere le città e gli insediamenti umani più sani, inclusivi e favorevoli alla promozione della salute, con particolare attenzione ai gruppi più vulnerabili della popolazione, - MO6-08 Ridurre i rischi di trasmissione da malattie infettive croniche o di lunga durata (TBC, HIV, Epatite B e C) - MO6-19 Attivare esperienze di screening gratuiti delle IST (es. Clamidia, Gonorrea, etc.) sulla popolazione - MO6-20 Incrementare e favorire strategie parallele, secondo il modello fondato sui CBVCT*, che promuovano l’esecuzione del Test HIV e del counseling nelle popolazioni chiave ad opera di operatori adeguatamente formati, in contesti non sanitari - MO6-21 Pianificare interventi di sensibilizzazione sulle popolazioni giovanili in materia di HIV/AIDS/ IST
LINEE STRATEGICHE DI INTERVENTO	<ul style="list-style-type: none"> - MO2LSa Adozione e implementazione di un approccio globale e sistemico, continuativo e integrato lungo tutto il percorso scolastico, per la promozione della salute - MO2LSb Sviluppo di programmi intersettoriali per accrescere le capacità personali in termini di autostima, auto efficacia e resilienza degli individui, nei contesti di vita e di lavoro, con particolare attenzione ai gruppi vulnerabili - MO2LSc Iniziative da attivare nei luoghi in cui si svolgono attività sportive, mirate ad accrescere la consapevolezza sui rischi correlati al consumo di alcol, supportando le capacità personali in termini di autostima, auto efficacia e resilienza dei giovani, con particolare riguardo ai minorenni. - MO2LSd Miglioramento dell’integrazione e del coordinamento intersettoriale tra programmi e azioni per la riduzione della domanda e



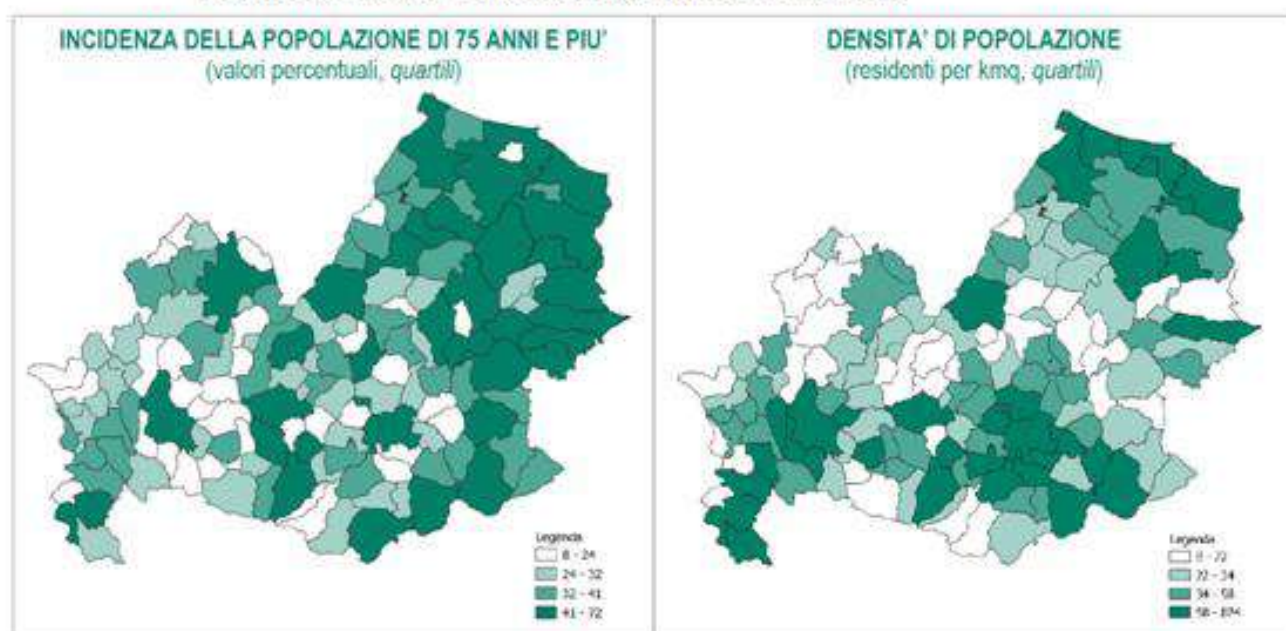
	<p>dell'offerta di sostanze psicotrope</p> <ul style="list-style-type: none"> - MO2LSe Attivazione di interventi intersettoriali e coordinati tra le diverse istituzioni (Servizi sanitari, Forze dell'Ordine, Autorità per il rilascio delle licenze commerciali) per garantire il rispetto della normativa vigente - MO2LSj Sviluppo di programmi volti al coordinamento tra servizi sanitari, servizi sociali, scuola e associazioni al fine di attivare percorsi di identificazione precoce dei soggetti in condizioni di rischio aumentato - MO6LSf Consolidamento della sorveglianza epidemiologica e integrazione delle fonti - MO6LSg Offerta dei test HCV, HBV e HIV alle popolazioni a rischio e della vaccinazione anti HBV - MO6LSs Offerta dei test di screening delle IST sulla popolazione target - MO6LSt Mappatura e monitoraggio dell'attivazione di iniziative CBVCT rivolti a popolazioni target - MO6LSu Promozione di interventi sui comportamenti: comprendono azioni sui comportamenti a rischio (esercizio consapevole della sessualità, miglioramento dell'adesione alla terapia, corretto uso del profilattico maschile e femminile, counseling) - MO2LSl Potenziamento dell'offerta, da parte dei Servizi per le Dipendenze Patologiche, di interventi di prevenzione selettiva e di riduzione dei rischi e del danno (es. Drop in, Unità di strada), in collaborazione con altri Servizi sanitari, Enti locali e Terzo settore - MO2LSm Offerta di interventi di counseling breve nei contesti della medicina di base e in quelli lavorativi e in altri contesti adeguati - MO2LSn <p>Programmi integrati e intersettoriali volti a rafforzare la collaborazione tra i Servizi per le dipendenze, gli altri Servizi sanitari, i Servizi sociali, il Terzo settore, le Associazioni di auto mutuo aiuto</p>
LEA	<ul style="list-style-type: none"> - C05 Prevenzione delle malattie lavoro correlate e promozione degli stili di vita sani - F01 Cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni, con organizzazioni ed enti della collettività, per l'attuazione di programmi intersettoriali con il coinvolgimento dei cittadini, secondo i principi del Programma nazionale "Guadagnare salute" (DPCM 4.5.2007) - F02 Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione - F03 Prevenzione delle malattie croniche epidemiologicamente più rilevanti, promozione di comportamenti favorevoli alla salute, secondo priorità ed indicazioni concordate a livello nazionale - F04 Prevenzione e contrasto del tabagismo, del consumo a rischio di alcol - F09 Prevenzione delle dipendenze - art. 28 Assistenza sociosanitaria alle persone con dipendenze patologiche

3.4.2 Sintesi del Profilo di salute ed equità ed Analisi di contesto

La strategia preventiva ha l'obiettivo primario di colmare le **diseguaglianze** portando il messaggio anche alle fasce che normalmente sono escluse o marginalizzate dalle comuni campagne di prevenzione: Nello specifico i tre fattori primari di diseguaglianza nella regione possono essere individuati in:

- Persone di età avanzata (305.617 residenti molisani al 1° gennaio 2019. I soggetti di età pari o superiore a 65 anni rappresentano il 22,9% della popolazione a fronte del 13,2% di soggetti di età inferiore ai 15 anni e l'indice regionale di vecchiaia raggiunge il 217,5%, valore sensibilmente maggiore della media della popolazione italiana pari a 173,1. Il 19,4 per cento le famiglie con persone sole con 60 anni e oltre (in media nel biennio 2017-2018)).
- Persone che vivono in piccoli centri (vedi fig. da ISTAT 2019)
- Persone con disagio socio-economico (18,0 per cento degli individui molisani in condizioni di povertà relativa nel 2018);

Figura 2. Comuni per incidenza della popolazione di 75 anni e più e per densità di popolazione (a) al 1° gennaio (b). Molise. Anno 2019



Fonte: Istat, Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile; Istat, Confini delle unità amministrative e basi territoriali

(a) I dati comunali sono riportati nelle Appendici 1 e 2 dell'Allegato statistico.

(b) Dati provvisori

Con l'età tende ad aumentare il rischio di dipendenze e in particolare quelle da alcool e da gioco d'azzardo. La perdita del partner e la lontananza dai figli, il pensionamento che in alcune persone, soprattutto di sesso maschile, può determinare un vuoto di identità, la povertà o l'isolamento sono una minaccia per la salute degli anziani. L'età avanzata è, inoltre, un fattore di rischio per le patologie della sfera dell'umore per cui si assiste a una maggiore incidenza di sindromi depressive nella fascia di popolazione anziana. La depressione rappresenta, di per sé, un fattore di rischio per le dipendenze.



Il Molise ha nel 2021 una popolazione di 296 547 abitanti (dati Istat <http://dati.istat.it/Index.aspx?QueryId=18546>) di cui oltre due terzi vivono in piccoli comuni sparsi sul territorio regionale e quindi spesso caratterizzati da isolamento sociale e culturale anche tra coloro che espletano la propria attività lavorativa nei tre centri maggiori sussiste il disagio dell'isolamento sociale legato alla condizione vivere il proprio paese di residenza la pari di un quartiere dormitorio periferico di na metropoli con la dissoluzione delle rete di contatti e di supporto sociale.

Il disagio socio-economico, in parte legato alla stagnazione dell'economia della regione, è un altro dei fattori di marginalizzazione delle fasce più deboli e crea i presupposti per lo sviluppo di dipendenze viste come sollievo o temporanea tregua da una condizione difficile. Il gioco d'azzardo, in particolare, con alterazioni cognitive di percezione che lo accompagnano, può fornire, soprattutto nelle fasi iniziali, l'illusione di un facile guadagno che purtroppo non si verificano e anzi fanno precipitare la persona in una ulteriore precarietà finanziaria.

Per cui è necessario implementare delle misure preventive che possano incidere su tali fattori di disuguaglianza con linguaggi e metodologie di intervento preventivo diversificati secondo i target ed i setting

Dati regionali del fenomeno

Le operazioni antidroga svolte dalle Forze di Polizia in Italia , considerando solo gli interventi con risvolti di rilevanza penale, nel 2020 sono state 22.695 (meno 1 % rispetto all'anno precedente) in termini percentuali, i maggiori incrementi, rispetto al 2019, sono stati invece registrati in Molise (dati relazione al Parlamento sulle tossicodipendenze 2021) con aumento consistente dei quantitativi sequestrati e delle denunce e condanne per crimini legati a droghe ogni 100.000 abitanti nonché di reclusi per suddetti reati. Nel corso del 2020, inoltre, i controlli da parte delle Forze dell'Ordine mediante alcoltest hanno dato delle percentuali di positività ai vertici nazionali. Fortunatamente a tali statistiche non si accompagna un aumento della mortalità legata alle dipendenze e ciò è, verosimilmente, legato in parte alla capillarità della offerta terapeutica dei SerD sul territorio regionale.

Il Molise ha un numero di utenti SerD in percentuale rispetto alla popolazione con oltre il 7 per mille che significa circa 2300 pazienti che gravitano intorno ai SerD per tutte le diverse dipendenze congiunte (dati dei server SerD). Gli utenti attivi sono circa 1500.

- Gli utenti in carico sono maschi per l'82 % e femmine per il 18%.
- L'età media dell'utenza complessiva è di 36 anni circa. In media, i nuovi utenti hanno in media circa 21-22 anni e gli utenti già in carico oltre 35
- La nuova utenza, tanto maschile quanto femminile, si colloca in prevalenza nella fascia d'età compresa tra i 19 e i 24 anni
- La sostanza maggiormente utilizzata dagli utenti in carico presso i Servizi è l'eroina: a livello dell'utenza complessiva essa figura come sostanza primaria nel 69% dei casi ed è utilizzata come sostanza secondaria dal 2% dei pazienti.
- La cocaina rappresenta la sostanza primaria per il 7% dell'utenza complessiva, mentre è sostanza secondaria per il 26%.
- Infine la cannabis risulta utilizzata dal 3% dell'utenza totale in carico come sostanza primaria e dal 21% come sostanza secondaria.
- L'alcol rappresenta il 20 % degli utenti del SerD e risulta associato ad altre sostanze primarie per il 18% dell'utenza complessiva.

• Altre sostanze (anfetamine, ecstasy ed analoghi, 1-4 butandiolo ed altre sostanze acquistate dal deep web) sono utilizzate da circa l'1 % degli utenti.

I pazienti che fanno uso di più sostanze rappresentano circa il 53% dell'utenza ed il 17,6% utilizza più di due sostanze. I soggetti che utilizzano soltanto una sostanza sono per lo più consumatori di oppiacei (eroina) e corrispondono a quasi il 44% degli utenti in trattamento.

Il Molise riporta la percentuale più alta di giocatori patologici rispetto al totale dei giocatori (13%). Sempre in Molise, inoltre, si riscontra la maggioranza di giocatori che tiene nascosta l'attitudine e l'entità delle giocate ai propri familiari (12%). I giocatori con disturbi problematici aumentano in regioni quali, Molise, Calabria, Sicilia e Abruzzo (dati Cnr (Consiglio Nazionale delle Ricerche di Pisa con l'indagine Ipsad-Italia).

RISORSE DEL TERRITORIO

Tuttavia la regione ha delle risorse sul territorio che possono essere individuate in SerD, Comuni, organizzazioni del terzo settore, Forze dell'Ordine, Magistratura (con significativo impegno da parte della Procura di Campobasso che coordina attività non solo di repressione ma di prevenzione e divulgazione delle tematiche correlate alle dipendenze), Parrocchie, Scuole, organizzazioni dei consumatori. E' necessario coordinare le azioni di tali attori presenti sul territorio regionale in un unico network al fine di ottimizzare le risorse in azioni complementari di maggiore efficacia e costituire un tavolo tecnico permanente con i rappresentanti delle suddette istituzioni.

3.4.3 Scheda di programma

3.4.3.1 Descrizione dal PNP

Il Programma è orientato allo sviluppo di funzioni previsionali e strategiche di intervento di prevenzione delle diverse forme di dipendenza da sostanze e comportamenti e in relazione a fenomeni emergenti di particolare rilievo per salute della popolazione generale connessi all'impatto di nuove forme/modalità di diffusione e approccio alle sostanze d'abuso legali e illegali (con particolare riferimento all'eroina e all'alcol), delle nuove tecnologie e dei device, dell'offerta di gioco d'azzardo lecito, anche online.

Il Programma declina pertanto una strategia regionale, fortemente orientata all'intersectorialità, che rinforzi le condizioni di appropriatezza, impatto e sostenibilità nella programmazione di azioni efficaci, sulla base di alcuni presupposti fondamentali, quali:

- il riconoscimento e la valorizzazione della dimensione culturale della prevenzione per orientare e contrastare le reali caratteristiche di fenomeni, assai differenti nelle loro specifiche manifestazioni ma altrettanto omogenei per le dimensioni di vulnerabilità, i fattori di rischio e lo sfondo socioculturale in cui si innestano, riconoscendone la complessità in relazione ai modelli culturali e sociali dominanti rispetto al "consumo" stesso;
- il coinvolgimento e il raccordo di tutte le energie istituzionali, culturali e sociali per garantire un sistema di intervento complessivo che consideri e permetta la sinergia costante e continuativa di tutte le risorse umane, professionali, tecniche, organizzative e sociali (oltre che finanziarie) necessarie per una prevenzione efficace che non deleghi il compito di prevenire la diffusione dei fenomeni di consumo esclusivamente al sistema socio-sanitario;
- la partecipazione e la mobilitazione delle risorse e delle capacità presenti all'interno della popolazione di riferimento per permettere che giovani e adulti siano maggiormente responsabilizzati verso i comportamenti di consumo e abuso di sostanze nei propri contesti di vita e per la tutela della propria salute;
- la promozione e l'adozione di programmi basati sulle evidenze di efficacia adattando modalità e contenuti ai contesti e ai destinatari degli interventi, migliorando le capacità e le competenze di programmatori, progettisti e operatori del settore.

Più specificatamente, il Programma punta a:

- sviluppare il coordinamento degli interventi e delle azioni di tutti gli attori del territorio applicando strumenti organizzativi che favoriscano uniformità ed equità nell'erogazione degli interventi preventivi e creando partnership costanti e continuative a livello locale; in tale senso valorizza la collaborazione dei Dipartimenti Dipendenze con i Dipartimenti di Prevenzione, titolari della *governance* multilivello in campo preventivo prevista a livello normativo;

- qualificare le attività di prevenzione, coerentemente agli *European drug prevention quality standards*, aumentando la diffusione e l'adozione di iniziative *Evidence-Based* (azioni raccomandate), coerentemente integrate con gli obiettivi dei Programmi Predefiniti di *setting* (in particolare "Scuola che Promuove Salute");
- sviluppare le capacità del sistema nazionale e regionale di avere e di mettere a disposizione dei decisori ai diversi livelli (politico, tecnico, organizzativo) set informativi integrati per la lettura e l'analisi delle situazioni e dei fenomeni di interesse, dei trend e delle prospettive evolutive che è possibile prevedere in merito a questi stessi fattori (con particolare riguardo a quelli di rischio modificabili) nonché rispetto ai possibili modelli di intervento preventivo maggiormente promettenti;
- promuovere competenze aggiornate e consapevolezza di ruolo dei diversi soggetti, professionali e non, attivi in campo preventivo a livello territoriale, con particolare riferimento agli ambiti sociali, educativi, culturali, istituzionali, associazionistici, ecc.;
- realizzare interventi *evidence based* e/o raccomandati di prevenzione selettiva, prevenzione indicata, riduzione dei rischi/danni connessi all'uso/abuso ricreazionale di sostanze e riduzione dei danni/rischi connessi all'abuso/dipendenza da sostanze;
- promuovere competenze e fornire supporto ai decisori in relazione a modifiche strutturali-ambientali (fisico/organizzativo/sociale) delle comunità locali sostenute da processi partecipati e orientati ai principi dell'*Urban Health* (WHO).

Il Programma, in linea con principi e obiettivi del PNP, adotta le lenti dell'equità, secondo il modello operativo proposto dal PNP (HEA), che prevede le seguenti fasi: elaborazione del profilo di salute ed equità, identificazione di aree/gruppi a più alto rischio di esposizione o di vulnerabilità ai fattori di rischio, conseguente adeguamento/orientamento dell'intervento in termini di disegno e allocazione, valutazione di impatto.

3.4.3.2 Sintesi delle principali evidenze e buone pratiche e relative fonti

La prevenzione delle dipendenze da sostanze e comportamenti ricade nell'ambito di competenza di più organizzazioni/enti e, per questo, deve orientare tutte le politiche¹; da qui discende l'importanza del coordinamento multilivello tra gli attori in gioco. Accanto a questo, la letteratura evidenzia i fattori principali che contribuiscono al successo di azioni preventive ad ampio raggio, quali²:

- ? avere linee programmatiche comuni entro cui operano in partnership gruppi di lavoro locali supportati da un sistema organizzativo formale;
- ? implementare programmi di provata efficacia;³⁻⁴
- ? valutare e monitorare la qualità dell'implementazione e l'efficacia dei risultati;⁵
- ? fornire occasioni di aggiornamento e formazione ai gruppi di lavoro coinvolti.

L'utilità e l'efficacia di un approccio intersettoriale e multilivello è stata verificata da ampi studi⁶⁻⁷. Il lavoro a rete dà l'opportunità di influenzare le politiche attraverso: lo sviluppo di partnership e di relazioni sociali utili allo scopo, l'organizzazione di commissioni e la facilitazione della mobilitazione della comunità. Infine, sono da preferire programmi di prevenzione orientati – sia dal punto di vista strategico sia di contenuto – da un approccio promozionale, che perseguono (*capacity building*) la costruzione di capacità individuali e collettive, declinando anche in questo specifico settore del *know how* di "ricerca e sviluppo" (ad es. in ottica previsionale) proprio di altri campi della moderna produzione di servizi⁸⁻⁹. In particolare, nelle aree urbane, dove l'uso di sostanze legali e illegali si associa a fenomeni di illegalità e tensione sociale, le ricerche¹⁰⁻¹¹ evidenziano l'opportunità di sviluppare interventi preventivi mirati ad attivare le risorse della comunità al fine di promuovere la coesione sociale e potenziare il capitale sociale¹²⁻¹³.

Oltre agli interventi di *empowerment* a livello comunitario, nell'ottica di dare concretezza in un contesto programmatico, strategico e operativo quanto più possibile integrato ai "nuovi LEA" relativi alla riduzione del danno, è valorizzata l'integrazione con programmi specifici di *Outreach* in prossimità dei luoghi e locali dell'aggregazione e del divertimento notturno (discoteche, club, luoghi autorizzati) che – in linea con le indicazioni europee¹⁴⁻¹⁵⁻¹⁶ – hanno come obiettivo la limitazione dei rischi legati al consumo di sostanze psicotrope (overdosi, diffusione di patologie infettive, principalmente HIV, HCV, HBV e IST, incidenti stradali, etc.). In contesti caratterizzati da condizioni di rischio sociale elevato (es. *party* autorizzati, *free party*, *street parade*, *raves*, *free parties*, *goa party*, *teknival*), i programmi di intervento richiedono una modulazione ad hoc¹⁷⁻¹⁸.

Infine, per quanto riguarda i programmi di prevenzione dell'uso problematico di sostanze, le linee guida europee e nazionali raccomandano interventi "a bassa soglia"¹⁹⁻²⁰⁻²¹⁻²², che permettono il raggiungimento di target di popolazione altrimenti nascosti e sommersi (cd zona grigia) al fine di minimizzare i rischi di un aggravarsi della loro situazione sanitaria nonché della loro marginalità sociale, economica, relazionale.

1. David V. McQueen, Matthias Wismar, Vivian Lin, Catherine M. Jones, Maggie Davies, *Intersectoral Governance for Health in All Policies, Structures, actions and experiences*, World Health Organization 2012, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies
1. Spoth R, Greenberg M, *Am J Community Psychol* (2011) 48:106–119,
2. EDDRA (<http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice/examples>), Nrepp – SAMSHA's National Registry of Evidence-based Programs and Practices: CMCA program link: <http://www.nrepp.samhsa.gov/ViewIntervention.aspx?id=117>,
3. <https://www.lifeskillstraining.com/>, <http://www.oed.piemonte.it/unpluggeditalia/>, <http://www.strengtheningfamiliesprogram.org/>
4. EDPQS (<http://prevention-standards.eu/>),
5. <http://www.prosper.ppsi.iastate.edu/>



6. John Kania & Mark Kramer, 2011, *Collective Impact*, Stanford social innovation review, http://c.ymcdn.com/sites/www.lano.org/resource/dynamic/blogs/20131007_093137_25993.pdf
7. Glenn Laverack "Health Promotion Practice. Building Empowered Communities". Ed. McGraw Hill, Berkshire England, 2007
8. Tavolo Tecnico Regionale prevenzione dipendenze di Regione Lombardia, *Linee guida regionali popolazione generale*, 2008
9. Aresi G., Marta E., *Una ricerca-intervento in un quartiere ad alta concentrazione di locali notturni: attivare il territorio per attivare bisogni e risorse*, *Psicologia della Salute* n. 3/2014, Franco Angeli.
10. Hayward K. and Hobbs D., *Beyond the binge in "booze Britain": market-led liminalization and the spectacle of binge drinking*, *The British Journal of Sociology*, 58 (3), 2007.
11. Network conference on reducing youth drinking by law enforcement, Atti, Rotterdam, 27-28 Ottobre 2001. Link: <http://www.stap.nl/nl/nieuws/conference-2011.html>
12. <http://www.yli.org>
13. Manual: Set of standards to improve the health and safety of recreational night life venues, IREFREA, European Union Project, Novembre 2011. Link: http://www.coe.int/T/DG3/Pompidou%5CSource%5CActivities%5CEXASS%5CGuide_SaferNightLife_en.pdf
14. http://www.coe.int/T/DG3/Pompidou%5CSource%5CActivities%5CEXASS%5CGuide_SaferNightLife_en.pdf
15. NEWIP (Nightlife Empowerment & Well-being Implementation Project) Standards European Project. Link: www.safernightlife.org
16. G.Burkhardt, EMCDDE, *Evaluation Indicators for Prevention in Recreational Settings. Outcome and recommendations of an expert survey for the related meeting at the EMCDDE*, 2003.
17. EMCDDE (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) , *Recreational drug use: a key EU challenge*, *Drugs in focus*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon, 2002.
18. EMCDDE, *Outreach work among drug users in Europe: concepts, practice and terminology*, *Insights* n.2, 2002
19. EMCDDE, *Data-collection at Low-threshold services for Drug Users: Tools, Quality and Coverage*, 2002
20. EMCDDE, *Harm reduction: evidence, impact and challenges*, Monography, 2010.
21. Ministero della Sanità, *Linee guida sugli interventi di riduzione del danno*, 1999. Roma; P. Meringolo, 2001

3.4.3.3 Declinazione a livello regionale del Programma

Secondo la Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia, anno 2020, le denunce per reati penali correlati a droghe espresse come numero assoluto di denunciati ogni 100.000 abitanti mostrano valori più elevati in Molise (39,7) rispetto alla media Italiana (7,5).

Questo è un indicatore della rilevanza del fenomeno delle dipendenze nel Molise.

Sono al momento in carico presso i SerD della regione circa 1500 persone con un dato regionale complessivo inferenziale di oltre 15200 persone che presentano problematiche di droga (dati ufficiali ex DG Asrem) e una prevalenza di circa una persona su venti abitanti.

In considerazione della marcata rilevanza epidemiologica e socio-sanitaria del problema è quanto mai necessario implementare delle misure sia di carattere universale, intesa come messa in atto di azioni capaci di diffondersi a un target più esteso al fine di sensibilizzare la popolazione generale sul consumo di sostanze psicoattive e il gioco d'azzardo unitamente alla promozione della salute e di stili di vita sani, che di misure preventive ambientali che abbiano la finalità di limitare l'adozione di comportamenti a rischio rispetto all'uso di sostanze psicoattive, attraverso la modifica dei fattori ambientali che esercitano notoriamente un'influenza su tali scelte. Le misure preventive ambientali regionali perseguono l'obiettivo generale di rafforzare il network del benessere e quello inter-istituzionale per la promozione di empowerment collettivo ed individuale.

Nell'ambito di questa visione nella Regione vanno privilegiate azioni mirate sul territorio con il supporto di tutti gli stakeholders, Comuni Molisani, Associazioni del Terzo settore, Scuola, Forze dell'ordine, Magistratura, IRCS presenti sul territorio, Azienda Sanitaria Regionale del Molise, Parrocchie e Oratori. La strategia preventiva ha l'obiettivo primario di colmare le disuguaglianze portando il messaggio anche alle fasce che normalmente sono escluse o marginalizzate dalle comuni campagne informative:

- Persone di età avanzata
- Persone che vivono in piccoli centri
- Persone con disagio socio-economico



Gli anziani vengono di norma a collocarsi in una fascia che non ha accesso a servizi specifici e a messaggi preventivi che, peraltro, di sovente non sono calibrati nella forma, nel linguaggio e nei contenuti per persone non native digitali.

Per costoro risulta necessario recare l'offerta preventiva nei luoghi di aggregazione (circoli culturali, luoghi di ritrovo, esercizi commerciali, parrocchie) con un linguaggio comprensibile e operatori di età compatibile con questa specifica popolazione. E', pertanto, auspicabile ricorrere alla metodica della peer education, alla lettera "educazione tra pari", che di solito viene riservata alle fasce giovanili. Tutto ciò è in linea con i presupposti della 'peer education' un modello operativo ampiamente sperimentato e che vanta notevole efficacia in cui una persona opportunamente formata (educatore paritario) intraprende attività formative con altre persone sue pari, cioè simili quanto a età, condizione lavorativa, genere sessuale, status, entroterra culturale o esperienze vissute. Se il modello della peer education si è rivelato un modello di intervento adottato da tempo nei confronti degli adolescenti con risultati di straordinario interesse ci si propone di adeguare tale modello anche alla popolazione anziana.

Per le persone, in particolare quelle di età giovanile, che vivono in piccoli centri (condizione comune nella regione Molise, la cui popolazione vive distribuita in molti Comuni di pochi abitanti) è necessario aprire un numero di gran lunga superiore di CAG (Centri di Aggregazione Giovanile) rispetto a quelli esistenti.

L'esperienza finora maturata nei Comuni in cui sono stati realizzati dei CAG è oltremodo positiva. Si è assistito, infatti, a un marcato decremento degli indicatori di abuso di sostanze nei Comuni che hanno creduto nei CAG e hanno favorito il loro insediamento in spazi condivisi e supervisionati da personale con formazione specifica. Tali spazi devono rappresentare un contenitore esperienziale scevro da componenti di giudizio che abbiano anche una valenza identitaria per coloro che partecipano alle attività dei CAG.

Di particolare interesse per la Regione è la prevenzione del GAP Gioco d'Azzardo patologico.

Secondo gli ultimi dati forniti dall'Istituto di fisiologia clinica (Ifc) del Cnr (Consiglio Nazionale delle Ricerche di Pisa con l'indagine Ipsad-Italia, il Molise riporta la percentuale più alta di gambler patologici (13%). Sempre in Molise, inoltre, si riscontra la maggioranza di giocatori che tiene nascosta l'attitudine e l'entità delle giocate ai propri familiari (12%). Tale primato trova le proprie origini nel diffuso disagio socioeconomico che la nostra Regione sta attraversando.

Al fine di contrastare e prevenire il fenomeno del gioco d'azzardo in modo efficiente ed efficace vengono adottati modelli operativi e strategie basate su studi epidemiologici e di intervento effettuati sia a livello nazionale che internazionale che evidenziano l'importanza di adottare modelli preventivi e di intervento testati.

In primo luogo è essenziale adottare un approccio diversificato a seconda del target portando il messaggio secondo modalità e linguaggi comprensibili alla specifica fascia di popolazione.

Pertanto per i giovani vengono utilizzati strumenti in grado di modificare le percezioni erranee dei giovani riguardo la nozione di azzardo e di caso. Tali strumenti presentano un forte connotato ICT (Tecnologia della Informazione e della Comunicazione).

Alla fascia di popolazione anziana viene, invece, proposto un approccio più tradizionale con indicazioni chiare e comprensibili a persone di ogni livello cognitivo.

Sulla base di precedenti esperienze, risulta essenziale ai fini del successo della strategia comunicativa la partecipazione di operatori di un range età accettabile e compatibile con lo specifico target. Pertanto, ad es. per la fascia di età giovanile si utilizzano operatori di progetto con un minimo gap generazionale con gli stessi in quanto il medesimo messaggio portato da persone con notevole divario di età rischia di essere inefficace poiché viene percepito come un'imposizione.

Viene promosso un approccio di rete basato sulla stretta interazione e complementarità di competenze e skills tra tutti gli attori e gli stakeholders (portatori di interesse) del territorio regionale.

Infine si sottolinea l'importanza di rispondere a un principio di efficienza ed efficacia in tutte le azioni che possono essere definite le 'best practices' rispetto alla prevenzione del gioco d'azzardo patologico.

3.4.4 Obiettivi e indicatori delle azioni trasversali

INTERSETTORIALITÀ

PP04_OT01	Sviluppare collaborazioni intersettoriali finalizzate ad attivare il ruolo e la responsabilità di tutti gli Attori, istituzionali e non, del territorio
PP04_OT01_IT01	Accordi intersettoriali
formula	Presenza di accordi con soggetti esterni al sistema sanitario che possono sostenere/contribuire alle azioni del Programma (es. ANCI; Scuola; Prefetture e Forze dell'Ordine; altre istituzioni; Associazioni di Promozione sociale; Associazioni di categoria; espressioni della società civile; ecc.)
Standard	Almeno 1 accordo entro il 2022
Fonte	Regione

FORMAZIONE

PP04_OT02	Garantire opportunità di formazione e aggiornamento professionale a Decisori, Policy maker, Amministratori locali, altri Stakeholder, Operatori di tutte le Agenzie e Organizzazioni educative e sociali presenti nel territorio
PP04_OT02_IT02	Formazione (A)
formula	Disponibilità di un programma di formazione congiunta e intersettoriale, che preveda la partecipazione degli operatori dei servizi sanitari e socio sanitari (inclusi i MMG e i PLS) e di rappresentanze di tutti gli Attori coinvolti nella realizzazione delle azioni previste dal Programma, che includa il tema della progettazione partecipata di interventi interdisciplinari e intersettoriali.
Standard	Realizzazione di almeno un percorso formativo, ogni anno a partire dal 2022
Fonte	Regione
PP04_OT03_IT03	Formazione (B)
formula	Disponibilità di percorsi formativi per gli attori coinvolti su European drug prevention quality standards e EUPC Curriculum (programmi validati)
Standard	Almeno 1 percorso formativo, entro il 2022
Fonte	Regione
PP04_OT04_IT04	Formazione (C)
formula	Disponibilità di un programma di formazione sul counseling breve rivolto agli operatori dei servizi sanitari e socio sanitari (inclusi i MMG e i PLS).

Standard	Realizzazione di almeno un percorso formativo ogni anno a partire dal 2022.
Fonte	Regione

COMUNICAZIONE

PP04_OT06	Promuovere la diffusione di conoscenze aggiornate (anche in ottica previsionale), competenze e consapevolezze che favoriscano l'adozione di un approccio integrato e cambiamenti sostenibili di prassi organizzative – sociali – educative per rendere facilmente adottabili scelte comportamentali favorevoli alla salute in ottica preventiva
PP04_OT06_IT05	Comunicazione ed informazione
formula	Realizzazione di interventi di informazione e comunicazione sociale (compreso il marketing sociale) mirate a target e contesti specifici (ad es. amministratori, opinion leader, scuole, genitori, educatori sociali, operatori, associazioni, ecc.)
Standard	Progettazione e produzione di strumenti/materiali per iniziative di informazione e di comunicazione sociale entro il 2022 - almeno un intervento di comunicazione sociale, a carattere sperimentale, entro il 2023 - realizzazione di almeno un intervento di comunicazione sociale ogni anno a partire dal 2024
Fonte	Regione

EQUITÀ

PP04_OT07	Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto in termini di disuguaglianza delle azioni programmate
PP04_OT07_IT06	Lenti di equità
formula	Adozione dell'HEA
Standard	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2021
Fonte	Regione

3.4.5 Obiettivi e indicatori specifici

PP04_OS01	Attivare un sistema di monitoraggio del fenomeno, dei trend e dei modelli di intervento di maggiore successo a supporto della programmazione locale e delle decisioni politiche, tecniche e organizzative
PP04_OS01_IS01	Sistema di monitoraggio regionale
formula	Attivazione e implementazione di un sistema di monitoraggio, con raccolta ed elaborazione dei dati relativi a trend di consumo e modelli di intervento sperimentati con esiti positivi



Standard	Progettazione /adattamento entro il 2022; Disponibilità e utilizzo entro il 2023
Fonte	Regione
PP04_OS02	Diffondere modelli di intervento intersettoriali ed interdisciplinari, centrati su metodologie evidence based (quali life skills education e peer education) e “azioni raccomandate e sostenibili”, con approccio life course differenziato per genere e per setting
PP04_OS02_IS02	Copertura (target raggiunti dal Programma)
formula	(N. Aziende Sociosanitarie che adottano Programmi di prevenzione universale e/o selettiva rivolti agli adolescenti e giovani, orientati allo sviluppo di empowerment e competenze personali rispetto al consumo di sostanze psicoattive legali e illegali e a fenomeni quali l'internet addiction, in setting extra scolastici come i luoghi del divertimento, lo sport, l'associazionismo) /n° Aziende Sociosanitarie del territorio*100
Standard	almeno il 50% entro il 2023; almeno l'80% entro il 2024
Fonte	Regione
PP04_OS03	Progettare e attivare programmi di prevenzione universale e/o selettiva rivolti agli adolescenti e giovani, orientati allo sviluppo di empowerment e competenze personali rispetto al consumo di sostanze psicoattive legali e illegali e a fenomeni quali l'internet addiction, in contesti extrascolastici come i luoghi del divertimento, lo sport, l'associazionismo
PP04_OS03_IS03	Copertura (target raggiunti dal Programma)
formula	(N. Aziende Sociosanitarie che adottano programmi di prevenzione indicata, anche finalizzati all'intervento precoce, declinati per specifici gruppi vulnerabili (quali gli adolescenti e le loro famiglie, le donne in gravidanza, gli over 65, gli stranieri) o a rischio aumentato)/(n° Aziende Sociosanitarie del territorio)*100
Standard	almeno il 50% entro il 2023; almeno l'80% entro il 2024
Fonte	Regione
PP04_OS04	Progettare ed attivare programmi di prevenzione indicata, anche finalizzati all'intervento precoce, declinati per specifici gruppi vulnerabili (quali gli adolescenti e le loro famiglie, le donne in gravidanza, gli over 65, gli stranieri) o a rischio aumentato
PP04_OS04_IS04	Copertura (target raggiunti dal Programma)
formula	(N Aziende Sociosanitarie che attuano programmi di riduzione dei rischi e del danno rivolti a target vulnerabili o ad alto rischio non in contatto con i servizi) /(n° Aziende Sociosanitarie del territorio)*100
Standard	almeno il 50% entro il 2023 , almeno l'80% entro il 2025
Fonte	Regione
PP04_OS05	Offrire programmi finalizzati alla riduzione del danno sia nell'ambito delle attività dei servizi territoriali per le dipendenze sia attraverso servizi specifici (come Unità di strada/presidi mobili e Drop in per la riduzione del danno e la limitazione dei rischi correlati al consumo di sostanze psicoattive), in coerenza con i nuovi LEA
PP04_OS05_IS05	Copertura (target raggiunti dal Programma)



formula	$\frac{(N \text{ Aziende Sociosanitarie che attuano programmi di prevenzione del rischio di trasmissione di malattie infettive rivolti a target vulnerabili o ad alto rischio})}{(n^{\circ} \text{ Aziende Sociosanitarie del territorio})} \times 100$
Standard	almeno il 50% entro il 2023; almeno l'80% entro il 2025
Fonte	Regione
PP04_OS06	Attuare programmi di sensibilizzazione in materia di prevenzione del rischio di trasmissione di malattie infettive a gruppi di popolazione vulnerabili o con comportamenti ad alto rischio, anche in contesti non sanitari
PP04_OS06_IS06	Attuare programmi di sensibilizzazione in materia di prevenzione del rischio di trasmissione di malattie infettive
formula	III
Standard	III
Fonte	Regione

3.4.6 Azioni

PROGRAMMA	PP04
TITOLO AZIONE (1 di 5)	Attivazione tavolo permanente interistituzionale
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.9 Attivazione tavoli/gruppi di lavoro con rappresentanti di altri Settori
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS02 Diffondere modelli di intervento intersettoriali ed interdisciplinari, centrati su metodologie evidence based (quali life skills education e peer education) e “azioni raccomandate e sostenibili”, con approccio life course differenziato per genere e per setting	
OS02IS02	Copertura (target raggiunti dal Programma)
OS03 Progettare e attivare programmi di prevenzione universale e/o selettiva rivolti agli adolescenti e giovani, orientati allo sviluppo di empowerment e competenze personali rispetto al consumo di sostanze psicoattive legali e illegali e a fenomeni quali l'internet addiction, in contesti extrascolastici come i luoghi del divertimento, lo sport, l'associazionismo	
OS03IS03	Copertura (target raggiunti dal Programma)
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT01 Sviluppare collaborazioni intersettoriali finalizzate ad attivare il ruolo e la responsabilità; di tutti gli Attori, istituzionali e non, del territorio	
OT01IT01	Accordi intersettoriali
OT02 Garantire opportunità; di formazione e aggiornamento professionale a Decisori, Policy maker, Amministratori locali, altri Stakeholder, Operatori di tutte le Agenzie e Organizzazioni educative e sociali presenti nel territorio	
OT02IT02	Formazione (A)
CICLO DI VITA	adolescenza;età adulta;terza età



SETTING	comunità;scuola;comune, Municipalità
----------------	--------------------------------------

DESCRIZIONE

E' previsto l'istituzione di un tavolo di lavoro permanente con i rappresentanti del SERD, Ufficio Scolastico Regionale, Foze dell'Ordine, Procura della Repubblica - Associazione Molise S3, ETS (Enti del Terzo Settore), Parrocchie (oratori, Azione Cattolica), Associazioni dei consumatori, Comuni.

Il tavolo elabora strategie Evidence Based per la prevenzione sul territorio dell'uso di sostanze psicotrope e condotte di addiction.

PROGRAMMA	PP04
TITOLO AZIONE (2 di 5)	Formazione in materia di dipendenza
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.4 Formazione congiunta "operatori sanitari e sociosanitari e settore Scuola"
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS02 Diffondere modelli di intervento intersettoriali ed interdisciplinari, centrati su metodologie evidence based (quali life skills education e peer education) e "azioni raccomandate e sostenibili", con approccio life course differenziato per genere e per setting	
OS02IS02	Copertura (target raggiunti dal Programma)
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT03 Svolgere attivit&#224; di formazione rivolta ai referenti istituzionali in materia di dipendenze basati su European drug prevention quality standards e EUPC Curriculum	
OT03IT03	Formazione (B)
OT04 Svolgere attivit&#224; di formazione sul counseling breve rivolte agli operatori dei servizi sanitari e socio-sanitari (inclusi MMG e PLS)	
OT04IT04	Formazione (C)
CICLO DI VITA	adolescenza;età adulta;terza età
SETTING	comunità;scuola;comune, Municipalità

DESCRIZIONE

Sarà prediposta la formazione necessaria per gli operatori e gli attori coinvolti, basata sull'apprendimento di metodiche già validate scientificamente come per esempio il modello islandese per la prevenzione dell'alcolismo e il consumo di stupefacenti tra i giovani, e l'applicazione della peer education nella popolazione anziana per il contrasto al consumo a rischio di alcol e al gioco d'azzardo patologico.



PROGRAMMA	PP04
TITOLO AZIONE (3 di 5)	Piano d'intervento contro HIV e AIDS
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE AD AUMENTARE L'ACCESSIBILITÀ E L'APPROPRIATEZZA (EFFICACIA, SOSTENIBILITÀ, INTEGRAZIONE) DEI SERVIZI SOCIOSANITARI E L'ADESIONE A MISURE DI PREVENZIONE, IN RELAZIONE ALL'OFFERTA INDIVIDUALE (obesità, tabagismo, screening oncologici, percorso nascita, consultori, vaccinazioni, dipendenze, NPI, ecc.)
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	5.13 Recepimento e implementazione di indirizzi nazionali, WHO, norme UE di settore
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 Attivare un sistema di monitoraggio del fenomeno, dei trend e dei modelli di intervento di maggiore successo a supporto della programmazione locale e delle decisioni politiche, tecniche e organizzative	
OS01IS01	Sistema di monitoraggio regionale
OS05 Offrire programmi finalizzati alla riduzione del danno sia nell'ambito delle attività dei servizi territoriali per le dipendenze sia attraverso servizi specifici (come Unità di strada/presidi mobili e Drop in per la riduzione del danno e la limitazione dei rischi correlati al consumo di sostanze psicoattive), in coerenza con i nuovi LEA	
OS05IS05	Copertura (target raggiunti dal Programma)
OS06 Attuare programmi di sensibilizzazione in materia di prevenzione del rischio di trasmissione di malattie infettive a gruppi di popolazione vulnerabili o con comportamenti ad alto rischio, anche in contesti non sanitari	
OS06IS06	Attuare programmi di sensibilizzazione in materia di prevenzione del rischio di trasmissione di malattie infettive
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT01 Sviluppare collaborazioni intersettoriali finalizzate ad attivare il ruolo e la responsabilità di tutti gli Attori, istituzionali e non, del territorio	
OT01IT01	Accordi intersettoriali
OT02 Garantire opportunità di formazione e aggiornamento professionale a Decisori, Policy maker, Amministratori locali, altri Stakeholder, Operatori di tutte le Agenzie e Organizzazioni educative e sociali presenti nel territorio	
OT02IT02	Formazione (A)
OT06 Promuovere la diffusione di conoscenze aggiornate (anche in ottica previsionale), competenze e consapevolezze che favoriscano l'adozione di un approccio integrato e cambiamenti sostenibili di prassi organizzative – sociali – educative per rendere facilmente adottabili scelte comportamentali favorevoli alla salute in ottica preventiva	
OT06IT05	Comunicazione ed informazione
CICLO DI VITA	età adulta



SETTING	comunità;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria
----------------	--

DESCRIZIONE

E' stata istituita D.G N° 212 del 06/11/2018 la commissione regionale per la prevenzione di HIV e AIDS, formata da un infettivologo, microbiologo/virologo, igienista/epidemiologo, rappresentante ASREM con competenza in HIV/AIDS, esperto di sanità penitenziaria, un esperto in dipendenze; rappresentate dell'Ufficio Scolastico Regionale e un rappresentate dell'Associazione Nazionale ANLAIDS ONLUS

Tale commissione promuove iniziative di formazione e di aggiornamento degli operatori coinvolti nella cura e nell'assistenza sul territorio delle persone con infezioni da virus HIV e con sindrome da AIDS, nonché definisce strategie di informazione in favore della popolazione generale e delle persone con comportamenti a rischio.

E' inoltre impegnata nella definizione di modelli d'intervento per ridurre il numero delle nuove infezioni anche tra gruppi più vulnerabili tra cui i tossicodipendenti; facilitare l'accesso al test e l'emersione del sommerso; - garantire a tutti l'accesso alle cure; - favorire il mantenimento in cura dei pazienti diagnosticati e in trattamento; migliorare lo stato di salute e di benessere delle persone PLWHA.

PROGRAMMA	PP04
TITOLO AZIONE (4 di 5)	Early detection
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE AD AUMENTARE L'ACCESSIBILITÀ E L'APPROPRIATEZZA (EFFICACIA, SOSTENIBILITÀ, INTEGRAZIONE) DEI SERVIZI SOCIOSANITARI E L'ADESIONE A MISURE DI PREVENZIONE, IN RELAZIONE ALL'OFFERTA INDIVIDUALE (obesità, tabagismo, screening oncologici, percorso nascita, consultori, vaccinazioni, dipendenze, NPI, ecc.)
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	5.3 Predisposizione, adozione e implementazione di PPDTA (percorso preventivo-diagnostico-terapeutico-assistenziale)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS04 Progettare ed attivare programmi di prevenzione indicata, anche finalizzati all' intervento precoce, declinati per specifici gruppi vulnerabili (quali gli adolescenti e le loro famiglie, le donne in gravidanza, gli over 65, gli stranieri) o a rischio aumentato	
OS04IS04	Copertura (target raggiunti dal Programma)
OS05 Offrire programmi finalizzati alla riduzione del danno sia nell'ambito delle attività dei servizi territoriali per le dipendenze sia attraverso servizi specifici (come Unità di strada/presidi mobili e Drop in per la riduzione del danno e la limitazione dei rischi correlati al consumo di sostanze psicoattive), in coerenza con i nuovi LEA	
OS05IS05	Copertura (target raggiunti dal Programma)
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT06 Promuovere la diffusione di conoscenze aggiornate (anche in ottica previsionale), competenze e	



consapevolezze che favoriscano l'adozione di un approccio integrato e cambiamenti sostenibili di prassi organizzative – sociali – educative per rendere facilmente adottabili scelte comportamentali favorevoli alla salute in ottica preventiva

OT06IT05	Comunicazione ed informazione
CICLO DI VITA	adolescenza;età adulta;terza età
SETTING	comunità;scuola;comune, Municipalità

DESCRIZIONE

Identificazione precoce dei fattori di rischio (disagio familiare, pressione dei pari, disagio psichico ecc.) anche mediate l'attivazione di punti di ascolto nelle scuole coinvolte e nei centri di aggregazione giovanile presenti nei centri urbani più popolati. Offrire un counseling mirato ad aumentare la consapevolezza del rischio connesso all'uso di sostanze psicotrope.

Nella popolazione della terza età si intende individuare precocemente situazioni di rischio con operatori già formati. L'azione di individuazione e successivo monitoraggio avranno come luogo privilegiato i centri per anziani, le parrocchie e lo sportello di ascolto della Caritas. Successivamente i casi individuati saranno presi in carico dall'assistente sociale del comune che li invierà come secondo livello d'intervento dallo psicologo/medico del SERD.

AZIONE EQUITY

PROGRAMMA	PP04
TITOLO AZIONE (5 di 5)	Prevenzione condotte di adiction nella popolazione >65 aa
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A PROMUOVERE LA SICUREZZA E LA TUTELA DELLA SALUTE DEI CITTADINI, LAVORATORI E CONSUMATORI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	6.13 Altro (specificare)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS03 Progettare e attivare programmi di prevenzione universale e/o selettiva rivolti agli adolescenti e giovani, orientati allo sviluppo di empowerment e competenze personali rispetto al consumo di sostanze psicoattive legali e illegali e a fenomeni quali l'internet addiction, in contesti extrascolastici come i luoghi del divertimento, lo sport, l'associazionismo	
OS03IS03	Copertura (target raggiunti dal Programma)
OS04 Progettare ed attivare programmi di prevenzione indicata, anche finalizzati all'intervento precoce, declinati per specifici gruppi vulnerabili (quali gli adolescenti e le loro famiglie, le donne in gravidanza, gli over 65, gli stranieri) o a rischio aumentato	
OS04IS04	Copertura (target raggiunti dal Programma)
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT04 Svolgere attività di formazione sul counseling breve rivolte agli operatori dei servizi sanitari e	



socio-sanitari (inclusi MMG e PLS)	
OT04IT04	Formazione (C)
OT07 Orientare gli interventi a criteri di equità; aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto in termini di disuguaglianza delle azioni programmate	
OT07IT06	Lenti di equità
CICLO DI VITA	terza età
SETTING	comunità

DESCRIZIONE

Gli anziani vengono di norma a collocarsi in una fascia che non ha accesso a servizi specifici e a messaggi preventivi che, peraltro, di sovente non sono calibrati nella forma, nel linguaggio e nei contenuti per persone non native digitali.

Per costoro risulta necessario recare l'offerta preventiva nei luoghi di aggregazione (circoli culturali, luoghi di ritrovo, esercizi commerciali, parrocchie) con un linguaggio comprensibile e operatori di età compatibile con questa specifica popolazione. E', pertanto, auspicabile ricorrere alla metodica della peer education che di solito viene riservata alle fasce giovanili. Se il modello della peer education si è rivelato un modello di intervento adottato da tempo nei confronti degli adolescenti con risultati di straordinario interesse ci si propone di adeguare tale modello anche alla popolazione anziana.

MONITORAGGIO DELL'AZIONE EQUITY-ORIENTED

OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Condotte di addiction e terza età: cinquanta sfumature di grigio
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	Interviste degli anziani oggetti dello studio in cui viene somministrato un questionario strutturato che possa individuare in maniera precoce i campanelli d'allarme di un possibile abuso. Una volta selezionati i soggetti ritenuti a rischio, implementazione di un programma di sostegno psico-sociale individualizzato e di follow-up, anche a domicilio.
ATTORI COINVOLTI	Psicologi e assistenti sociali contrattualizzati nel progetto, associazioni del terzo settore, referenti dei circoli e dei centri di aggregazione, parrocchie, Comuni.
INDICATORE	Compliance popolazione screenata
	<ul style="list-style-type: none"> Formula: $N^{\circ} \text{ soggetti anziani rispondenti al questionario di screening} / (N^{\circ} \text{ di anziani contattati}) \times 100$ Standard Soggetti di età avanzata > di 70 anni, che afferiscono ai centri di aggregazione selezionati, saranno sottoposti a questionario mirante ad individuare, in maniera precoce, la presenza di fattori predisponenti alla



	<p>insorgenza di dipendenze.</p> <ul style="list-style-type: none"> Fontereport operatori
OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Condotte di addiction e terza età: cinquanta sfumature di grigio
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	<p>Interviste degli anziani oggetti dello studio in cui viene somministrato un questionario strutturato che possa individuare in maniera precoce i campanelli d'allarme di un possibile abuso.</p> <p>Una volta selezionati i soggetti ritenuti a rischio , implementazione di un programma di sostegno psico-sociale individualizzato e di follow-up, anche a domicilio.</p>
ATTORI COINVOLTI	Psicologi e assistenti sociali contrattualizzati nel progetto, associazioni del terzo settore, referenti dei circoli e dei centri di aggregazione, parrocchie, Comuni.
INDICATORE	Numero di centri di aggregazione sottoposti a screening
	<ul style="list-style-type: none"> Formula: Numero di centri di aggregazione partecipanti che adottano il programma di prevenzione indicata finalizzata all'intervento precoce/ numero centri di aggregazione screenati * 100 Standard almeno il 40% entro il 2023; almeno il 70% entro il 2024 Fonte Questionari realizzati dagli Operatori del progetto



3.5 PP05 Sicurezza negli ambienti di vita

3.5.1 Quadro logico regionale

CODICE	PP05
REFERENTI DEL PROGRAMMA	Roberto Patriarchi
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	MO3 Incidenti domestici e stradali
MACRO OBIETTIVO TRASVERSALE DI RIFERIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> - MO1 Malattie croniche non trasmissibili - MO2 Dipendenze da sostanze e comportamenti - MO3 Incidenti domestici e stradali - MO5 Ambiente, Clima e Salute
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	<ul style="list-style-type: none"> - MO1-07 Sviluppare e/o migliorare le conoscenze e le competenze di tutti i componenti della comunità scolastica, agendo sull'ambiente formativo, sociale, fisico e organizzativo e rafforzando la collaborazione con la comunità locale - MO1-18 Favorire nelle città la creazione di contesti favorevoli alla salute anche attraverso lo sviluppo di forme di mobilità sostenibile e la creazione di aree verdi e spazi pubblici sicuri, inclusivi e accessibili anche alle persone più anziane - MO1-19 Ridurre la prevalenza di anziani in condizioni di fragilità - MO2-01 Migliorare le conoscenze e le competenze di tutti i componenti della comunità scolastica, agendo sull'ambiente formativo, sociale, fisico e organizzativo e rafforzando la collaborazione con la comunità locale - MO3-01 Migliorare la conoscenza della percezione dei rischi in ambito domestico nei genitori e nelle categorie a rischio (bambini, donne e anziani) - MO3-02 Sensibilizzare la popolazione generale sui rischi connessi agli incidenti domestici - MO3-03 Coinvolgere in modo trasversale i servizi di interesse sanitari e sociali per il contrasto del fenomeno nella comunità - MO3-04 Monitorare il fenomeno, inclusa la percezione della popolazione rispetto ai rischi di incidente domestico, mettendo in sinergia i flussi informativi - MO3-05 Promuovere politiche intersettoriali mirate a migliorare la sicurezza delle strade e dei veicoli, integrando gli interventi che vanno ad agire sui comportamenti con quelli di miglioramento dell'ambiente - MO3-06 Migliorare i dati disponibili per la valutazione epidemiologica dell'incidentalità stradale - MO5-01 Implementare il modello della "Salute in tutte le politiche" secondo gli obiettivi integrati dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile e promuovere l'applicazione di un approccio One Health per garantire l'attuazione di programmi



	<p>sostenibili di protezione ambientale e di promozione della salute</p> <ul style="list-style-type: none"> - MO5-04 Rafforzare, nell'ambito delle attività concernenti gli ambienti di vita e di lavoro, le competenze in materia di valutazione e gestione del rischio chimico - MO5-10 Potenziare le azioni di prevenzione e sanità pubblica nel settore delle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti naturali e antropiche
LINEE STRATEGICHE DI INTERVENTO	<ul style="list-style-type: none"> - MO1LSc Adozione e implementazione di un approccio globale e sistemico, articolato in azioni di documentata efficacia, continuativo e integrato lungo tutto il percorso scolastico (a partire dalla scuola dell'infanzia), per la promozione della salute fisica e mentale - MO1LSm Implementazione di programmi trasversali che impattino sui fattori di protezione per un invecchiamento in buona salute e con ridotto carico di malattia e disabilità (empowerment individuale e dei caregiver, stili e ambienti di vita, condizioni e risorse sociali, rete di sostegno e di assistenza, etc.) - MO2LSa Adozione e implementazione di un approccio globale e sistemico, continuativo e integrato lungo tutto il percorso scolastico, per la promozione della salute - MO3LSa Sviluppo di programmi per la promozione di corretti stili vita con particolare riguardo all'attività fisica e al corretto utilizzo dei farmaci nell'anziano - MO3LSb Sviluppo di programmi per accrescere le competenze genitoriali connesse alla prevenzione degli incidenti domestici in età infantile - MO3LSc Attivazione di percorsi di formazione sulla sicurezza domestica rivolti ai collaboratori familiari, agli insegnanti, agli operatori sanitari e socio-sanitari, a MMG e PLS - MO5LSa a. Promozione e realizzazione di interventi di advocacy e di integrazione nelle politiche di altri settori (ambiente, trasporti, edilizia, urbanistica, agricoltura, energia, istruzione) attraverso: elaborazione di programmi di attività intra e inter istituzionali e di progetti multi ed inter disciplinari, intersettoriali e integrati su ambiente e salute, produzione di rapporti sulle attività integrate in ambito sanitario per la tematica ambiente e salute, stipula di accordi di programma/convenzioni, previsti dal comma 2 dell'art. 7-quinquies Dlgs 502/92, istituzione di tavoli tecnici regionali interistituzionali/ intersettoriali/ interdisciplinari per la definizione e la condivisione di percorsi e procedure integrate, basate su l'approccio One Health
LEA	<ul style="list-style-type: none"> - B05 Tutela della salubrità e sicurezza delle civili abitazioni - B06 Promozione della sicurezza stradale - B07 Tutela delle condizioni igieniche e di sicurezza degli edifici ad uso scolastico e ricreativo - F01 Cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni, con organizzazioni ed enti della collettività, per l'attuazione di programmi intersettoriali con il coinvolgimento dei cittadini, secondo i principi del Programma nazionale "Guadagnare salute" (DPCM 4.5.2007) - F02 Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione - F04 Prevenzione e contrasto del tabagismo, del consumo a rischio di alcol



- | | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none">- F05 Promozione dell'attività fisica e tutela sanitaria dell'attività fisica- F09 Prevenzione delle dipendenze |
|--|--|

3.5.2 Sintesi del Profilo di salute ed equità ed Analisi di contesto

La convinzione radicata nella maggior parte delle persone che la casa sia il luogo più sicuro in cui stare, porta a sottovalutare i rischi legati alla vita domestica. L'abitudine e la ripetitività dei gesti quotidiani determinano una sensazione di falsa sicurezza o una riduzione della soglia di attenzione o di guardia rispetto ad azioni potenzialmente pericolose o a situazioni in atto (per esempio caratteristiche della casa e in particolare degli impianti) che non rispettano gli standard di sicurezza.

La maggior parte degli **incidenti domestici** può essere evitata attraverso alcune modifiche nell'organizzazione della casa o semplici accorgimenti e precauzioni in generale e una maggior attenzione da parte dei genitori in caso di incidenti ai più piccoli.

Per la sicurezza delle persone più anziane attenzione particolare deve essere posta alla prevenzione delle cadute, per la quale è necessario agire su tutti i determinanti (ambiente domestico e spazi pubblici sicuri, programmi di attività fisica, corretto uso dei farmaci), anche attraverso la valutazione dell'appropriatezza prescrittiva (es. possibilità di sospendere la somministrazione di farmaci che hanno effetti sulle performance psicofisiche).

Sul fronte degli incidenti domestici, secondo l'Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana" condotta dall'Istituto nazionale di Statistica, nel 2017, nei 3 mesi precedenti l'intervista, 807 mila persone (pari al 13,4 per 1.000 della popolazione) hanno avuto un incidente nella propria abitazione. Più coinvolte sono le donne (circa il 64% di tutti gli incidenti), con un quoziente di infortuni del 16,8 per 1.000 (gli uomini hanno un quoziente di infortuni del 9,8 per 1.000). La percentuale più alta di donne coinvolte è, sicuramente, spiegata sia dalla maggiore permanenza fra le mura domestiche, sia da un più frequente contatto con oggetti, utensili ed elettrodomestici che possono essere all'origine di un infortunio (taglio, ustione etc.).

Nel 2018, gli incidenti in ambiente domestico hanno coinvolto, nei 3 mesi precedenti l'intervista, 807 mila persone, pari al 13,4 per 1.000 della popolazione (Tabella 1).



Regioni	Incidenti in ambiente domestico	Incidenti per persona coinvolta
Piemonte	72	1,1
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	2	1,0
Lombardia	131	1,1
Bolzano-Bozen	9	1,2
Trento	6	1,0
Veneto	65	1,1
Friuli Venezia Giulia	27	1,5
Liguria	32	1,2
Emilia-Romagna	91	1,2
Toscana	85	1,2
Umbria	15	1,2
Marche	34	1,4
Lazio	82	1,1
Abruzzo	23	1,1
Molise	4	1,1
Campania	66	1,2
Puglia	56	1,5
Basilicata	12	1,2
Calabria	32	1,3
Sicilia	49	1,0
Sardegna	49	1,3
Italia	943	1,2

Fonte dei dati: Istat, Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2019.

Su questa base si può stimare che, nell'arco di 12 mesi, il fenomeno abbia coinvolto 3 milioni e 228mila persone circa, cioè circa 54 individui ogni 1.000. Il numero complessivo di incidenti domestici rilevati nel trimestre è 943 mila (Tabella 2).



Regioni	Tassi	Persone che hanno subito incidenti in ambiente domestico
Piemonte	14,9	65
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	14,0	2
Lombardia	12,2	122
Bolzano-Bolzen	15,0	8
Trento	12,1	6
Veneto	12,7	62
Friuli Venezia Giulia	15,4	19
Liguria	17,0	26
Emilia-Romagna	17,4	77
Toscana	18,5	69
Umbria	13,8	12
Marche	16,1	25
Lazio	13,1	77
Abruzzo	15,4	20
Molise	11,2	3
Campania	9,7	56
Puglia	9,4	38
Basilicata	17,3	10
Calabria	12,9	25
Sicilia	9,6	48
Sardegna	22,7	37
Italia	13,4	807

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2019.

Alla luce di ciò, le azioni del Programma regionale sono indirizzate a sensibilizzare la comunità, a partire dai più piccoli, promuovendo una cultura della sicurezza fondata su una corretta percezione del rischio, che abbia come conseguenza l'adozione di comportamenti e accorgimenti finalizzati a prevenire gli incidenti domestici, attraverso apposite attività educative, informative e formative.

Il Programma presenta quindi tre aree di lavoro:

- **Advocacy:** Il ruolo del Dipartimento di Prevenzione è quello di coordinare e gestire la messa in rete di tutti gli attori coinvolti in questa tematica, attraverso attività di *advocacy* negli e tra gli enti territoriali al fine di promuovere politiche per la sicurezza della popolazione generale, in particolare delle fasce più deboli (bambini e anziani).
- **Promozione di comportamenti sicuri** attraverso la realizzazione di interventi educativi in ambito scolastico e nella comunità (scuola, circoli anziani, farmacie, ...) e la formazione degli operatori socio sanitari, il personale della scuola, le associazioni di categoria.
- **Comunicazione:** campagne di sensibilizzazione alla popolazione (comuni, farmacie, comunità...).

Il Programma, in linea con principi e obiettivi del PNP, adotta le lenti dell'equità, secondo il modello operativo proposto dal PNP (HEA), che prevede le seguenti fasi:

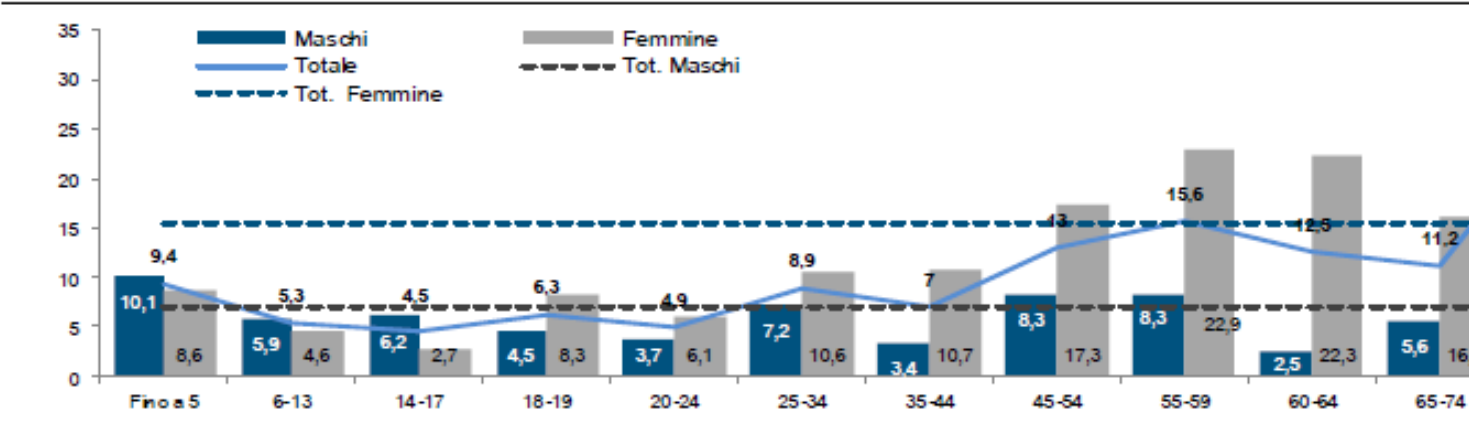
- elaborazione del profilo di salute ed equità,
- identificazione di aree/gruppi a più alto rischio di esposizione o di vulnerabilità ai fattori di rischio,
- adeguamento/orientamento dell'intervento in termini di disegno e allocazione, valutazione di impatto.

Le disuguaglianze di salute sono definite come differenze sistematiche riguardo alla salute, che possono essere evitate con un'adeguata azione politica e che pertanto sono da considerarsi ingiuste e ingiustificate. Per poterle contrastare con un'azione efficace è necessario capire, prima di tutto, le cause di queste disuguaglianze di salute. Le disuguaglianze non sono solo in relazione all'accesso ai servizi di assistenza sanitaria; incidono anche molti altri determinanti collegati alle condizioni di vita e di lavoro e alle macro-



politiche generali che governano un paese o una regione. Le disuguaglianze di salute sono causate dall'iniqua distribuzione dei determinanti di salute, come potere, reddito, beni e servizi, condizioni di vita povere e non eque e dalle differenze nell'adozione di comportamenti non salutari, che questi determinanti producono.

In generale, in tutti i paesi, gli incidenti domestici sono una delle principali cause di morte. Si mostrano le tabelle ISTAT relativi ad incidenti domestici.



CLASSI DI ETÀ	Totale (migliaia)	Quozienti per 1.000 persone	Numero di incidenti	Media per infortunato
MASCHI				
0-24	47	6,3	51	1,1
25-64	99	6,0	107	1,1
65 e più	63	11,3	74	1,2
Totale	209	7,1	232	1,1
FEMMINE				
0-24	41	5,8	43	1,1
25-64	258	15,3	299	1,2
65 e più	181	24,9	209	1,2
Totale	480	15,4	551	1,1
MASCHI E FEMMINE				
0-24	88	6,1	94	1,1
25-64	357	10,7	406	1,1
65 e più	244	19,0	283	1,2
Totale	688	11,3	783	1,1

Graduatoria per sesso e classe d'età		Graduatoria per sesso e condizione	
Femmine 65 anni e più	24,9	Femmine casalinghe	19,7
Femmine 25-64 anni	15,3	Femmine in altra condizione	14,9
Maschi 65 anni e più	11,3	Femmine occupate	12,5
Maschi 0-24 anni	6,3	Maschi in altra condizione	8,4
Femmine 0-24 anni	6,1	Maschi occupati	5,4
Maschi 25-64 anni	6,0		

Incidenti stradali

Nel 2020, in Italia - a causa di lockdown, blocchi della mobilità e coprifuoco dovuti all'emergenza Covid19 – rispetto al 2019, incidenti stradali e feriti si sono ridotti di un terzo (rispettivamente -31,3% e -34%), i morti di un quarto (-24,5%), i feriti gravi di un quinto (- 20%). In valori assoluti, gli incidenti sono stati 118.298 (in media 324 al giorno, 13,5 ogni ora; erano 172.183 nel 2019), i morti 2.395 (6,5 al giorno, 1 ogni 3 ore ½; 3.173 nel 2019) e i feriti 159.249 (436 al giorno, 18 ogni ora; 241.384 nel 2019), dei quali gravi 14.102 (38,6 al giorno: 17.600 nel 2019). Tra le 2.395 vittime della strada, 1947 (81,29%) sono uomini, 448 donne (18,71%).

L'analisi dei dati ACI-Istat dimostra che, purtroppo, la diminuzione di incidenti e vittime è legata, unicamente, ai provvedimenti di confinamento anti-Covid. L'andamento dell'incidentalità stradale si è mosso di pari passo con la riduzione di mobilità e poi con la ripresa. In Molise si registra il numero dei morti per 100mila abitanti è risultato più elevato rispetto alla media nazionale (8,4).

L'analisi delle principali contravvenzioni elevate da Polizia Stradale, Carabinieri e Polizia Locale conferma, inoltre, l'aumento della velocità (oltre 2,2milioni di multe: più di 6mila al giorno, 251 ogni ora) e dell'uso del telefonino mentre si è al volante (circa 120mila multe: 335 al giorno, 14 ogni ora). Mentre quasi 30mila persone sono state multate per guida in stato di ebbrezza (25.902: 70 al giorno, quasi 3 ogni ora) o guida sotto l'effetto di sostanze stupefacenti (3.831: 10 al giorno).

Da ciò si evince che:

- il carico degli incidenti non è distribuito in modo equo tra i diversi gruppi socio-economici.
- Le persone con livelli bassi di istruzione, di occupazione e di reddito, sono più a rischio di incidenti, rispetto a coloro che godono di migliori condizioni;
- i maschi sono più colpiti da decessi e disabilità rispetto alle femmine, per quanto riguarda tutti i tipi di incidenti;
- gli interventi di prevenzione possono aumentare efficacemente il livello complessivo di sicurezza in una popolazione, ma non possono diminuire le disuguaglianze rispetto agli incidenti non intenzionali tra i diversi gruppi socio-economici;
- sebbene solide evidenze documentino le disuguaglianze nel caso di incidenti non intenzionali, sono molto poche le politiche e gli interventi che nella fase di progettazione includono la dimensione dell'equità;
- la complessa interazione tra variabili individuali, di comunità e strutturali, porta, nei vari gruppi socio-economici, a differenti cause sottostanti in caso di incidente.

Le misure di sicurezza devono partire da questa consapevolezza.



Per **incidenti domestici** si intendono tutti gli incidenti che possono comunemente accadere all'interno delle mura domestiche propriamente dette, compresi quelli avvenuti nell'ambito delle pertinenze dell'abitazione (cortili, garage, spazi condominiali etc).

Gli incidenti domestici costituiscono nei paesi industrializzati una rilevante area-problema di sanità pubblica, come si evince dalla valutazione quantitativa della mortalità e morbosità secondaria a questa tipologia d'incidente. Tale problematica sta ricevendo una sempre maggiore attenzione nei programmi di sanità pubblica: negli ultimi 20 anni in molti paesi industrializzati e nell'Unione Europea diversi progetti di ricerca, sistemi di sorveglianza e programmi di prevenzione sono stati attivati in questa area. Il crescente interesse è dovuto al peso sociale degli infortuni domestici in termini di vite umane, assistenza sanitaria ospedaliera ed extra-ospedaliera, invalidità temporanea permanente, cui ha corrisposto un aumento delle risorse impegnate su questa tematica ad esempio nel settore della sanità pubblica.

Gli incidenti in ambito domestico rappresentano un'importante causa di mortalità ed invalidità. Il fenomeno riguarda soprattutto le persone che trascorrono più tempo in casa ovvero le donne, gli anziani e i bambini. Per quanto concerne gli incidenti domestici e negli ambienti di vita, l'Osservatorio European Association for Injury Prevention and Safety Promotion su dati dell'OMS e l'European Injury Data Base, riporta che almeno 19,9 milioni di infortuni non intenzionali si verificano ogni anno a casa, nello sport e nelle Istituzioni in tutta l'Unione Europea. Quota che rappresenta circa il 52% del totale dei 38 milioni di infortuni che vengono curati ogni anno nei Dipartimenti di emergenza degli Ospedali.

A causa degli incidenti domestici circa 8.400 persone muoiono ogni anno (versus circa 1.100 sul lavoro): i tassi di mortalità più elevati si riscontrano tra gli anziani (> di 70 anni) e tra questi, nelle donne si osserva la mortalità più elevata. Inoltre 1.000 persone ogni anno subiscono lesioni tali da rimanere invalide permanentemente.

Tuttavia l'analisi del fenomeno attraverso i dati di mortalità rende conto soltanto parzialmente del fenomeno, rappresentando solo la punta dell'iceberg in quanto, fortunatamente, l'incidente domestico conduce a morte solo in un piccola percentuale dei casi.

Bambini: per i bambini più piccoli, che sono i meno consapevoli del pericolo, gli incidenti domestici rappresentano una rilevante fonte di rischio. Come rileva l'OMS, nei paesi sviluppati questa tipologia di eventi rappresenta la prima causa di morte per i bambini fra 0 e i 4 anni. La maggior parte di essi riporta un trauma alla testa: quasi il 40 % dei ricoveri è dovuto infatti a traumatismi intracranici; altre cause di ricovero sono dovute ad avvelenamenti di sostanze (farmacologiche e non) ed a fratture degli arti. I bambini restano mediamente in ospedale uno o due giorni, ma ciò rappresenta un trauma per il bambino.

È auspicabile che i sistemi di rilevazione degli incidenti in PS siano ulteriormente implementati per permettere di acquisire informazioni più puntuali sulla dinamica dell'incidente.

Gli approcci più produttivi in termini di contenimento e riduzione del fenomeno sono quelli di tipo integrato, comprendenti, dunque, sia attività di informazione ed educazione sanitaria, sia interventi su ambienti e strutture. Le azioni andrebbero modulate sui singoli gruppi di popolazione (bambini, anziani, casalinghe etc.) in quanto i rischi sono differenziati, così come le modalità di accadimento degli eventi.

Sono stati 378, nel 2020, gli incidenti stradali avvenuti in Molise: 545 i feriti e 25 i morti. Il dato, condizionato dal lockdown, è inferiore rispetto a quelli dei due anni precedenti.

Incidenti stradali

Nel 2019, infatti, c'erano stati 555 incidenti (28 morti e 913 feriti) e nel 2018 478 (15 e 731). Tra il 2010 e il 2020 i decessi legati ad incidenti stradali sono scesi del 10,7% (in Italia -41,8%). E' quanto emerge dal report "Incidenti stradali" curato da Aci e Istat.

A livello territoriale, il maggior numero di incidenti, 263, si è registrato nella provincia di Campobasso, dove ci sono stati 18 morti e 384 feriti. Nel Campobassano gli incidenti erano stati 396 nel 2019 (22 morti e 636 feriti) e 340 nel 2018 (11 morti e 527 feriti). Segue l'Isernino, con 115 scontri, sette morti e 161 feriti (nel 2019 159, 6 e 277; nel 2018 138, 4 e 204).

La maggior parte degli incidenti, 196, è avvenuto su strade urbane. Seguono le strade statali (107), le provinciali (42) e le autostrade e raccordi (12). Dei 25 decessi, 16 riguardano incidenti avvenuti su strade statali, sei su strade urbane, due su provinciali e uno su strade comunali extraurbane. Il mese con più incidenti, 54, è stato agosto e quello con meno incidenti è stato aprile (5). Il mese con più morti, 10, è stato luglio. Del totale delle vittime del 2020, 15 erano i conducenti (13 maschi e 2 femmine), quattro erano persone trasportate (2 maschi e 2 femmine) e sei erano pedoni (4 maschi e 2 femmine).

3.5.3 Scheda di programma

3.5.3.1 Descrizione dal PNP

Il Programma si concentra sulla promozione della sicurezza, sia domestica che stradale, all'interno delle comunità, coinvolgendo tutte le realtà attive territoriali. La sicurezza domestica e stradale è un bene di tutti e va promossa con un'azione integrata e trasversale tra tutti gli attori coinvolti (Enti locali, istituzioni, associazioni di categoria, privato sociale, ecc.).

La convinzione radicata nella maggior parte delle persone che la casa sia il luogo più sicuro in cui stare, porta a sottovalutare i rischi legati alla vita domestica. L'abitudine e la ripetitività dei gesti quotidiani determinano una sensazione di falsa sicurezza o una riduzione della soglia di attenzione o di guardia rispetto ad azioni potenzialmente pericolose o a situazioni in atto (per esempio caratteristiche della casa e in particolare degli impianti) che non rispettano gli standard di sicurezza.

La maggior parte degli **incidenti domestici** può essere evitata attraverso alcune modifiche nell'organizzazione della casa o semplici accorgimenti e precauzioni in generale e una maggior attenzione da parte dei genitori in caso di incidenti ai più piccoli. Per la sicurezza delle persone più anziane attenzione particolare deve essere posta alla prevenzione delle cadute, per la quale è necessario agire su tutti i determinanti (ambiente domestico e spazi pubblici sicuri, programmi di attività fisica, corretto uso dei farmaci), anche attraverso la valutazione dell'appropriatezza prescrittiva (es. possibilità di sospendere la somministrazione di farmaci che hanno effetti sulle performance psicofisiche).

Nell'ambito della **sicurezza stradale**, i comportamenti non corretti alla guida dell'auto e il mancato utilizzo di dispositivi di sicurezza (cinture, seggiolini per bambini) sono responsabili di gran parte degli incidenti.

Alla luce di ciò, le azioni del Programma sono indirizzate a sensibilizzare la comunità, a partire dai più piccoli, promuovendo una cultura della sicurezza fondata su una corretta percezione del rischio, che abbia come conseguenza l'adozione di comportamenti e accorgimenti finalizzati a prevenire gli incidenti domestici e stradali, attraverso apposite attività educative, informative e formative.

Il Programma presenta quindi tre aree di lavoro:



- *Advocacy*: Il ruolo dei Dipartimenti di Prevenzione è quello di coordinare e gestire la messa in rete di tutti gli attori coinvolti in questa tematica, attraverso attività di *advocacy* negli e tra gli enti territoriali al fine di promuovere politiche per la sicurezza della popolazione generale, in particolare delle fasce più deboli (bambini e anziani).
- *Promozione di comportamenti sicuri* attraverso la realizzazione di interventi educativi in ambito scolastico e nella comunità (scuola, circoli anziani, farmacie, scuole guida, ...) e la formazione degli operatori socio sanitari, il personale della scuola, le associazioni di categoria.
- *Comunicazione*: campagne di sensibilizzazione alla popolazione (comuni, farmacie, scuole guida, comunità...).

Il Programma, in linea con principi e obiettivi del PNP, adotta le lenti dell'equità, secondo il modello operativo proposto dal PNP (HEA), che prevede le seguenti fasi: elaborazione del profilo di salute ed equità, identificazione di aree/gruppi a più alto rischio di esposizione o di vulnerabilità ai fattori di rischio, conseguente adeguamento/orientamento dell'intervento in termini di disegno e allocazione, valutazione di impatto.

3.5.3.2 Sintesi delle principali evidenze e buone pratiche e relative fonti

- *"La sicurezza dei pedoni: Un manuale sulla sicurezza stradale per decisori e professionisti"* World Health Organization 2013 Tabella 4.1: Misure e interventi specifici per migliorare la sicurezza dei pedoni, le azioni di miglioramento della consapevolezza e dei comportamenti di pedoni e veicoli, come pure le azioni volte alla riduzione dell'esposizione dei pedoni al traffico veicolare, hanno efficacia dimostrata o promettente.
- Pubblicazione DORS "L'advocacy politica: un approccio promettente per migliorare la sicurezza dei pedoni nelle comunità povere", gli interventi con gli amministratori locali, aumentano l'attenzione e il sostegno alle politiche della sicurezza.
- http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/74686/E84938.pdf?ua=1 - OMS Europa 2004
- Linea Guida Nazionale della prevenzione delle cadute da incidente domestico negli anziani (ISS PNLG maggio 2009)
- Lotta alla sedentarietà e promozione dell'attività fisica. Linea Guida Prevenzione. ISS-SNLG- NIEBP, novembre 2011)
- La Prevenzione degli incidenti domestici in età infantile, ISS-SNLG -NIEBP, febbraio 2017

3.5.3.3 Declinazione a livello regionale del Programma

Gli approcci più produttivi in termini di contenimento e riduzione del fenomeno sono quelli di tipo integrato, comprendenti, dunque, sia attività di informazione ed educazione sanitaria, sia interventi su ambienti e strutture. Le azioni andrebbero modulate sui singoli gruppi di popolazione (bambini, anziani, casalinghe etc.) in quanto i rischi sono differenziati, così come le modalità di accadimento degli eventi.

Il programma presenta quindi tre aree di lavoro:

- *advocacy*: il ruolo dei dipartimenti di prevenzione è quello di coordinare e gestire la messa in rete di tutti gli attori coinvolti in questa tematica, attraverso attività di *advocacy* negli e tra gli enti territoriali al fine di promuovere politiche per la sicurezza della popolazione generale, in particolare delle fasce più deboli (bambini e anziani).
- *promozione di comportamenti sicuri* attraverso la realizzazione di interventi educativi in ambito scolastico e nella comunità (scuola, circoli anziani, farmacie, scuole guida, ...) e la formazione degli operatori socio sanitari, il personale della scuola, le associazioni di categoria.
- *comunicazione*: campagne di sensibilizzazione alla popolazione (comuni, farmacie, scuole guida, comunità...).

Il programma, in linea con principi e obiettivi del pnp, adotta le lenti dell'equità, secondo il modello operativo proposto dal pnp (hea), che prevede le seguenti fasi: elaborazione del profilo di salute ed equità, identificazione di aree/gruppi a più alto rischio di esposizione o di vulnerabilità ai fattori di rischio, conseguente adeguamento/orientamento dell'intervento in termini di disegno e allocazione, valutazione di impatto.

3.5.4 Obiettivi e indicatori delle azioni trasversali

INTERSETTORIALITÀ

PP05_OT01	Sviluppare e consolidare processi intersettoriali tra il settore salute e altri stakeholder (Ufficio Scolastico Regionale, Direzioni Regionali, Università, ANCI, Enti locali/Città Metropolitane/ Province, INAIL, Associazioni di categoria e gruppi di interesse, Privato sociale, Forze dell'ordine, Prefettura, Motorizzazione civile) per promuovere la cultura della sicurezza, in ambito domestico e stradale, anche attraverso linee di indirizzo condivise e pianificazione di azioni specifiche
PP05_OT01_IT01	Accordi intersettoriali
formula	Presenza di accordi con soggetti esterni al sistema sanitario
Standard	Almeno 1 accordo entro il 2022, almeno 2 accordi entro il 2025;
Fonte	Regione

FORMAZIONE

PP05_OT02	Sviluppare le conoscenze e le competenze degli operatori, in particolare a quelli dedicati all'età pediatrica e anziana, coinvolti nei diversi setting
PP05_OT02_IT02	Formazione Operatori sanitari e sociosanitari – ambito età pediatrica
formula	Presenza di offerta formativa per gli operatori sanitari (inclusi i MMG e i PLS) e sociosanitari finalizzata allo sviluppo della cultura della sicurezza degli ambienti domestici e della strada e alla crescita delle competenze genitoriali connesse alla prevenzione degli incidenti domestici e stradali in età infantile
Standard	Realizzazione di almeno 1 percorso formativo di carattere regionale per ogni anno di vigenza del Piano a partire dal 2022
Fonte	Regione
PP05_OT02_IT03	Formazione Operatori Sanitari e Sociosanitari – ambito anziani
formula	Presenza di offerta formativa per gli operatori Sanitari e Sociosanitari (inclusi i MMG), i collaboratori familiari e i caregiver per la prevenzione degli incidenti negli ambienti domestici tra gli anziani, anche attraverso il corretto uso dei farmaci
Standard	Realizzazione di almeno 1 percorso formativo di carattere regionale per ogni anno di vigenza del Piano a partire dal 2022
Fonte	Regione

COMUNICAZIONE

PP05_OT03	Sviluppare le conoscenze e la percezione del rischio nella popolazione generale, con
-----------	--



	particolare riferimento alle fasce più a rischio
PP05_OT03_IT04	Comunicazione e informazione
formula	Disponibilità di iniziative/strumenti/materiali di comunicazione per diffondere la cultura della sicurezza in ambiente domestico e sulla strada nelle comunità locali
Standard	Realizzazione di almeno 1 intervento di comunicazione/informazione per anno, a partire dal 2022
Fonte	Regione

EQUITÀ

PP05_OT04	Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle azioni programmate
PP05_OT04_IT05	Lenti di equità
formula	Adozione dell'HEA
Standard	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2021
Fonte	Regione

3.5.5 Obiettivi e indicatori specifici

PP05_OS01	Sviluppare/aumentare le competenze genitoriali connesse alla prevenzione degli incidenti domestici e stradali in età infantile
PP05_OS01_IS01	Piani Urbani di Mobilità Sostenibile (PUMS) *
formula	$(N. \text{ di Piani Urbani di Mobilità Sostenibile (PUMS) nei quali la ASL ha espresso un contributo nell'ambito del procedimento di VAS}) / (N. \text{ totale di PUMS}) * 100$
Standard	30% di PUMS entro il 2023; 80% di PUMS entro il 2025
Fonte	Regione
PP05_OS02	Estendere/implementare strategie e azioni per promuovere la sicurezza negli ambienti domestici
PP05_OS02_IS02	Documento regionale che descrive i programmi preventivi orientati alle life skills e le azioni/interventi per facilitare l'adozione competente e consapevole di comportamenti e stili di vita sani attraverso il cambiamento dell'ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo ("Documento regionale di pratiche raccomandate")
formula	presenza di Accordo regionale formalizzato - almeno a valenza quinquennale - tra Regione e MIUR - USR finalizzato alla governance integrata per lo sviluppo del Modello di cui al documento "Indirizzi di policy integrate per la Scuola che Promuove Salute" (Accordo Stato Regioni 17.01.19)



Standard	Disponibilità di 1 Documento entro il 2022, con possibili aggiornamenti annuali
Fonte	Regione
PP05_OS01	Sviluppare/aumentare le competenze genitoriali connesse alla prevenzione degli incidenti domestici e stradali in età infantile
PP05_OS01_IS03	Programmi di promozione dell'attività fisica nella popolazione di ogni fascia di età
formula	(N. Comuni che realizzano, anche in collaborazione con la ASL, almeno un programma di promozione dell'attività fisica per ciascuna fascia di età (Bambini e Adolescenti, Adulti, Anziani) o interventi integrati finalizzati alla creazione e alla valorizzazione di contesti urbani favorevoli alla promozione di uno stile di vita attivo) / (N. totale Comuni) * 100
Standard	20% Comuni entro il 2023; 50% Comuni entro il 2025
Fonte	Regione
PP05_OS01_IS04	Programmi di promozione dell'attività fisica nella popolazione di ogni fascia d'età, con presenza di uno o più fattori di rischio, patologie specifiche o condizioni di fragilità (anziani)
formula	(N. ASL sul cui territorio è attivo almeno un programma di esercizio fisico strutturato o di attività fisica adattata (AFA) rivolto alla popolazione di ogni fascia d'età con presenza di uno o più fattori di rischio, patologie specifiche o condizioni di fragilità (anziani)) / (N. totale ASL) *100
Standard	50% ASL entro il 2023; 100% ASL entro il 2025
Fonte	Regione
PP05_OS01_IS05	Documento regionale che descrive le Pratiche raccomandate e sostenibili che vengono proposte alle imprese-aziende/Pubbliche Amministrazioni/Aziende sanitarie e ospedaliere ("Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili")
formula	presenza
Standard	disponibilità di 1 Documento entro il 2022 con possibili aggiornamenti annuali
Fonte	Regione

3.5.6 Azioni

PROGRAMMA	PP05
TITOLO AZIONE (1 di 4)	Promozione della guida responsabile
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLA MODIFICA AMBIENTALE/ORGANIZZATIVA DI UN SETTING PER FAVORIRE L'ADOZIONE COMPETENTE E CONSAPEVOLE DI STILI DI VITA FAVOREVOLI ALLA SALUTE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	3.11 Comunicazione – Marketing sociale
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 Sviluppare/aumentare le competenze genitoriali connesse alla prevenzione degli incidenti	



domestici e stradali in età infantile	
OS01IS05	Documento regionale che descrive le Pratiche raccomandate e sostenibili che vengono proposte alle imprese-aziende/Pubbliche Amministrazioni/Aziende sanitarie e ospedaliere (“Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili”)
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT03 Sviluppare le conoscenze e la percezione del rischio nella popolazione generale, con particolare riferimento alle fasce più a rischio	
OT03IT04	Comunicazione e informazione
CICLO DI VITA	adolescenza;età adulta
SETTING	comunità;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

Gli incidenti stradali sono un importante problema di salute pubblica ed una delle prime cause di morte e disabilità nel mondo. Nel rapporto uomo/ambiente e veicolo il fattore uomo è un elemento dominante e il comportamento di chi guida è la causa principale nell'eventualità di incidente stradale. Guida in stato di ebbrezza alcolica o sotto l'influsso di droghe, mancato o errato uso dei dispositivi di sicurezza individuale (casco per moto o per bicicletta, cintura di sicurezza, sistemi di protezione per i bambini), eccesso di velocità, guida distratta sono alcuni dei comportamenti a rischio a cui indirizzare i principali interventi di prevenzione.

L'azione mira a prevenire i rischi correlati e ridurre il danno del consumo di alcol e sostanze psicoattive (incidenti stradali, danni alla salute, violenze e conflitti), nella popolazione attraverso la realizzazione di progetti multicomponente a livello locale.

La metodologia principale è il “lavoro di strada”, ossia la presenza costante degli operatori che incontrano i giovani e persone di varia età che frequentano i luoghi del divertimento (discoteche, locali notturni, feste di paese, grandi eventi, concerti, piazze, rave party, ecc.). Gli operatori e le altre figure coinvolte operativamente (peer educator, volontari, opinion leader) sono formati per instaurare relazioni a legame debole e fornire informazioni e counseling breve motivazionale. Le attività svolte sono variegate: informazione sui rischi attraverso counseling, distribuzione di materiali informativi; promozione dell'empowerment e aumento della consapevolezza del proprio stato attraverso somministrazione di questionari, misurazione del tasso alcolemico, misurazione con picometro, distribuzione di alcol test monouso, utilizzo del simulatore di guida e occhiali alcolvista; riduzione del danno e dei rischi attraverso chillout, interventi sanitari e distribuzione acqua, generi di conforto, materiale sanitario (preservativi, cannuce per inalazione, ecc.).

Sono previste le seguenti attività:

- 1) Individuazione in ogni SERD di un referente della rete che parteciperà agli incontri previsti
- 2) Promozione di percorsi formativi per operatori di strada in collaborazione con le amministrazioni comunali
- 3) Implementazione dell'uso dei trasporti pubblici nelle ore notturne (mobilità urbana ed extraurbana)
- 4) Produzione di materiale relativo ai comportamenti da tenere per una convivenza civile e sostenibile tra frequentatori dei luoghi del divertimento notturno e cittadini/e
- 5) Costituzioni di tavoli con gli enti locali e gestori dei locali per la conciliazione tra mondo del divertimento e cittadini/e
- 6) Utilizzo dei social come promozione della salute e mezzo di comunicazione.



PROGRAMMA	PP05
TITOLO AZIONE (2 di 4)	Prevenzione degli incidenti domestici
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLA MODIFICA AMBIENTALE/ORGANIZZATIVA DI UN SETTING PER FAVORIRE L'ADOZIONE COMPETENTE E CONSAPEVOLE DI STILI DI VITA FAVOREVOLI ALLA SALUTE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	3.3 Supporto ai Settori responsabili di "ambienti organizzati" (setting) nella adozione di "pratiche raccomandate" per favorire stile di vita attivo (pause attive, Pedibus, Playground, Gruppi di cammino, Scale per la salute, Bike to work, ecc.)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 Sviluppare/aumentare le competenze genitoriali connesse alla prevenzione degli incidenti domestici e stradali in età infantile	
OS01IS04	Programmi di promozione dell'attività fisica nella popolazione di ogni fascia d'età, con presenza di uno o più fattori di rischio, patologie specifiche o condizioni di fragilità (anziani)
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT02 Sviluppare le conoscenze e le competenze degli operatori, in particolare a quelli dedicati all'età pediatrica e anziana, coinvolti nei diversi setting	
OT02IT03	Formazione Operatori Sanitari e Sociosanitari – ambito anziani
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età
SETTING	comunità

DESCRIZIONE

Gli incidenti domestici rappresentano un problema di grande interesse per la sanità pubblica: disabilità, sofferenza, calo della produttività sono infatti alcuni degli aspetti legati a questo tema. Causa importante di morbosità e di mortalità nella maggior parte dei Paesi industrializzati, gli incidenti domestici, secondo l'Organizzazione mondiale della sanità, non risparmiano nessuna fascia d'età e sono la prima causa di morte per i bambini. Da non sottovalutare, poi, l'aspetto sociale legato all'impatto psicologico che questo tipo di infortuni ha sulla popolazione che considera la casa il luogo sicuro per eccellenza. Così come le malattie, anche gli incidenti possono essere prevenuti. Diverse sono le iniziative di prevenzione a livello istituzionale. Le più efficaci sembrano essere quelle che considerano approcci multipli: campagne di informazione e di educazione (verso anziani, bambini, genitori), formazione di operatori sanitari volta all'acquisizione di competenze per la rilevazione della sicurezza degli ambienti domestici, fornitura a basso costo di dispositivi di sicurezza (maniglie antiscivolo, spie antincendio ecc.) (www.epicentro.iss.it/incidenti-domestici)

L'azione prevede le seguenti attività: aumentare il livello di consapevolezza nella popolazione generale sui



rischi di incidenti domestici attraverso la diffusione dei dati alla stampa, a MMG e PLS; formazione a MMG, PLS finalizzata allo sviluppo della cultura della sicurezza degli ambienti domestici e alla crescita delle competenze genitoriali connesse alla prevenzione degli incidenti domestici in età infantile; costruzione di materiale informativo da distribuire nei punti strategici di accesso ai servizi dell'ASL, degli Enti Locali, del Terzo Settore, MMG e PLS.

PROGRAMMA	PP05
TITOLO AZIONE (3 di 4)	Promozione della mobilità sostenibile
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI PROCESSI INTERSETTORIALI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	4.5 Attivazione gruppi di lavoro con rappresentanti di altri Settori (per condivisione percorsi, ecc.)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 Sviluppare/aumentare le competenze genitoriali connesse alla prevenzione degli incidenti domestici e stradali in età infantile	
OS01IS01	Piani Urbani di Mobilità Sostenibile (PUMS) *
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT01 Sviluppare e consolidare processi intersettoriali tra il settore salute e altri stakeholder (Ufficio Scolastico Regionale, Direzioni Regionali, Università, ANCI, Enti locali/Città Metropolitane/Province, INAIL, Associazioni di categoria e gruppi di interesse, Privato sociale, Forze dell'ordine, Prefettura, Motorizzazione civile) per promuovere la cultura della sicurezza, in ambito domestico e stradale, anche attraverso linee di indirizzo condivise e pianificazione di azioni specifiche	
OT01IT01	Accordi intersettoriali
CICLO DI VITA	età adulta;età lavorativa
SETTING	comune, Municipalità

DESCRIZIONE

L'azione intende costruire alleanze e consolidare processi collaborativi, a livello regionale e a cascata a livello locale, con i seguenti portatori d'interesse, come principali partner: Assessorati regionali al Welfare, Trasporti, Ambiente, ANCI, Enti locali. L'intento è quello di facilitare, rafforzare e sistematizzare, anche attraverso la condivisione e l'adesione a documenti di advocacy, collaborazioni, politiche e azioni intersettoriali e complementari, attente all'equità e al contrasto delle disuguaglianze, per uno stile di vita attivo e per la mobilità sostenibile in collaborazione con il PP2 e il PP9.

Negli anni di vigenza del PRP 2020-2025 si costituiranno tavoli di lavoro con i diversi interlocutori per sviluppare una maggior condivisione di obiettivi tra i diversi settori/attori, il riconoscimento e la valorizzazione delle reciproche competenze e risorse e per realizzare una più fattiva compartecipazione nella definizione di interventi e progetti e nella loro realizzazione, gestione e diffusione.

La finalità principale sarà condividere e sottoscrivere accordi intersettoriali.

In particolar modo saranno valorizzate tutte le attività inerenti il miglioramento del sistema della mobilità urbana ed extra urbana come obiettivo imprescindibile sia per contribuire alla lotta ai cambiamenti climatici sia per il contrasto dei fenomeni di inquinamento atmosferico a scala locale, sia per la prevenzione degli incidenti stradali.

Il Piano Urbano della Mobilità Sostenibile (PUMS) è un piano strategico che si basa sugli strumenti di pianificazione esistenti e tiene in debita considerazione i principi di integrazione, partecipazione e valutazione per soddisfare, oggi e domani, le necessità di mobilità delle persone e delle merci con l'obiettivo di migliorare la qualità della vita nelle città e nei loro dintorni. Sarà effettuata una mappatura dei PUMS esistenti in Molise, su quelli in via di definizione e, nel caso di impossibilità ad adottare il PUMS, una ricognizione delle attività dei territori inerenti la mobilità sostenibile.

Attività a livello regionale:

- Costituzione del tavolo intersettoriale
- Mappatura PUMS
- Mappatura PUMS in via di definizione
- Ricognizione attività inerenti la mobilità sostenibile

AZIONE EQUITY

PROGRAMMA	PP05
TITOLO AZIONE (4 di 4)	Prevenzione delle cadute nelle comunità per anziani
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLA MODIFICA AMBIENTALE/ORGANIZZATIVA DI UN SETTING PER FAVORIRE L'ADOZIONE COMPETENTE E CONSAPEVOLE DI STILI DI VITA FAVOREVOLI ALLA SALUTE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	3.8 Formazione operatori di altri settori
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 Sviluppare/aumentare le competenze genitoriali connesse alla prevenzione degli incidenti domestici e stradali in età infantile	
OS01IS04	Programmi di promozione dell'attività fisica nella popolazione di ogni fascia d'età, con presenza di uno o più fattori di rischio, patologie specifiche o condizioni di fragilità (anziani)
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT02 Sviluppare le conoscenze e le competenze degli operatori, in particolare a quelli dedicati all'età pediatrica e anziana, coinvolti nei diversi setting	
OT02IT03	Formazione Operatori Sanitari e Sociosanitari – ambito anziani
CICLO DI VITA	terza età
SETTING	servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

Le cadute minacciano l'indipendenza degli anziani e causano una cascata di conseguenze individuali esocoeconomiche, rappresentando quindi un problema di salute comune e serio, con conseguenze anche gravi.

L'analisi dei dati a livello nazionali e locale (Passi e Passi d'Argento) ha messo in evidenza la correlazione tra incidenti domestici della popolazione anziana con bassi livelli di scolarità e situazioni di isolamento sociale. Le cadute e le ferite conseguenti sono comuni, particolarmente nelle persone sopra i 65 anni; infatti circa un terzo delle persone anziane che vivono in comunità cadono almeno una volta l'anno. Gli esercizi che riguardano equilibrio, forza muscolare, andatura sono risultati importanti per la prevenzione delle cadute nella popolazione anziana. Vi è un alto grado di evidenza soprattutto sull'efficacia degli esercizi volti a potenziare l'equilibrio e degli esercizi funzionali.

L'azione equity-oriented prevede l'individuazione di una RSA del ATS di Campobasso, la formazione degli operatori sociali presenti nella struttura e la costruzione partecipata della prevenzione dei rischi di incidenti nella popolazione target, con il coinvolgimento del terzo settore e dei MMG di comunità.

A livello regionale si prevede:

- l'istituzione di un tavolo di lavoro con settore welfare e con associazioni che si occupano di invecchiamento attivo;
- la creazione di un sistema di monitoraggio reattivo agli incidenti domestici nell'ambito del RSA
- la definizione di un documento d'indirizzo per la replicazione e la diffusione del modello d'intervento proposto nelle altre RSA regionali.

A livello locale si prevede:

- l'individuazione della RSA del territorio ATS di Campobasso ;
- la costituzione di un gruppo di lavoro con gli attori individuati;
- la realizzazione di percorsi formativi per operatori sanitari, operatori delle comunità per anziani, MMG di comunità;
- attuazione di sedute/incontri con il target per l'esercizio fisico come singolo intervento per la prevenzione delle cadute di soggetti con più di 60 anni che vivono in comunità
- la costruzione di materiale informativo «situato»;
- l'individuazione di percorsi di sostegno (con l'aiuto di MMG e terzo settore).

Indicatori a cui risponde l'azione:

PP05_OT02_IT03 Formazione operatori sanitari e sociosanitari – ambito anziani

PP05_OT04_IT05 Lenti di equità

PP05_OT01_IT01 Accordi intersettoriali



MONITORAGGIO DELL'AZIONE EQUITY-ORIENTED

OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	ridurre il numero delle cadute negli anziani ospitati in 1 RSA
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	Per raggiungere l'obiettivo saranno implementate le attività fisiche adattate rivolte ai pazienti delle RSA, nonché si espleteranno corsi di formazione specifici, rivolti agli anziani e (con ECM) agli operatori sanitari coinvolti. Nei corsi di formazione saranno coinvolti i laureati in scienze motorie anche grazie al supporto dell'UNIMOL.
ATTORI COINVOLTI	ASREM, UNIMOL, ETS.
INDICATORE	numero di corsi formazione/operatori attivati nella RSA individuata <ul style="list-style-type: none"> • Formula: Numero di corsi di formazione attivati • Standard3 • FonteRegione
OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	ridurre il numero delle cadute negli anziani ospitati in 1 RSA
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	Per raggiungere l'obiettivo saranno implementate le attività fisiche adattate rivolte ai pazienti delle RSA, nonché si espleteranno corsi di formazione specifici, rivolti agli anziani e (con ECM) agli operatori sanitari coinvolti. Nei corsi di formazione saranno coinvolti i laureati in scienze motorie anche grazie al supporto dell'UNIMOL.
ATTORI COINVOLTI	ASREM, UNIMOL, ETS.
INDICATORE	incidenza cadute X anno <ul style="list-style-type: none"> • Formula: numero cadute/numero anziani ricoverati X 100 • Standard si prevede di ottenere come risultato una riduzione delle cadute nella RSA pari almeno al 20% • FonteRegione

3.6 PP06 Piano mirato di prevenzione

3.6.1 Quadro logico regionale

CODICE	PP06
REFERENTI DEL PROGRAMMA	Dott. ssa Maria Di Palma
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	MO4 Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali
MACRO OBIETTIVO TRASVERSALE DI RIFERIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> - MO4 Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali - MO5 Ambiente, Clima e Salute
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	<ul style="list-style-type: none"> - MO4-01 Programmare interventi di prevenzione in ragione delle esigenze dettate dalle evidenze epidemiologiche e dal contesto socio-occupazionale - MO4-02 Perfezionare la conoscenza delle storie lavorative ed espositive dei lavoratori - MO4-04 Assicurare alle micro e piccole aziende ed alle medio e grandi aziende attività di controllo modulate secondo approcci distinti - MO4-05 Applicare alle attività di controllo i principi dell'assistenza, dell'empowerment e dell'informazione, e adottare azioni di enforcement in relazione alla capacità ed alla motivazione dell'impresa - MO4-08 Potenziare la rete di collaborazione tra professionisti sanitari medici del lavoro dei servizi territoriali e ospedalieri e MMG, per la tutela della salute del lavoratore in un'ottica di Total worker health - MO4-09 Incentivare, orientare e monitorare le azioni di welfare aziendale più strettamente connesse alla salute globale del lavoratore - MO5-03 Programmare, realizzare e documentare attività in materia di sicurezza chimica di cui al REACH/CLP (controllo, formazione, informazione e altre attività) favorendo sinergia/integrazione con attività su specifiche matrici (es. biocidi, fitosanitari, fertilizzanti, cosmetici, ecc.) o su specifici ambiti (sicurezza luoghi di lavoro, igiene in ambienti di vita, sicurezza alimentare) - MO5-04 Rafforzare, nell'ambito delle attività concernenti gli ambienti di vita e di lavoro, le competenze in materia di valutazione e gestione del rischio chimico
LINEE STRATEGICHE DI INTERVENTO	<ul style="list-style-type: none"> - MO4LSg Promuovere il coordinamento e la programmazione dell'attività di vigilanza e prevenzione - MO4LSH Definire strategie di intervento (vigilanza e prevenzione) fondate sull'analisi di contesti produttivi, socio-economici ed epidemiologici, mirati a fattori di rischio e/o comparti e/o circostanze di rischio ed esposizione prioritari



	<ul style="list-style-type: none"> - MO4LSi Diffusione e utilizzo delle evidenze sulle modalità di accadimento degli infortuni e sulle azioni efficaci di prevenzione delle medesime, in particolar modo in settori a maggior rischio di infortuni gravi e mortali quali edilizia e agricoltura - MO4LSk Promuovere la capacità di migliorare le valutazioni di tipo ergonomico/organizzativo secondo normativa e linee di indirizzo, anche in un'ottica di semplificazione dei processi - MO4LSl Svolgimento di un controllo efficace sui soggetti formatori da parte della PA anche attraverso la revisione dei percorsi formativi vigenti - MO5LSc Programmare e realizzare interventi di controllo trasversale agli ambienti di vita e di lavoro, e su prodotti immessi sul mercato - MO5LSd Iniziative per favorire una formazione specifica e aggiuntiva degli operatori sanitari trasversalmente nei diversi servizi sui temi della valutazione e gestione del rischio chimico - MO5LSf Iniziative per favorire una formazione specifica e aggiuntiva degli operatori sanitari nel settore dei fitosanitari con riguardo agli articoli 28, 46, 52, 53, 55, 67, 68 del regolamento CE N 1107/2009 - MO5LSe Attività di supporto alla valutazione del rischio chimico nell'ambito delle valutazioni di impatto sanitario
LEA	<ul style="list-style-type: none"> - B13 Tutela della salute dai rischi per la popolazione derivanti dall'utilizzo di sostanze chimiche, miscele ed articoli (REACH-CLP) - C02 Cooperazione del sistema sanitario con altre istituzioni e con le rappresentanze sindacali e datoriali, per la realizzazione di programmi intersettoriali - C03 Prevenzione dei rischi per la sicurezza e la salute nei luoghi di lavoro - C06 Sorveglianza degli ex-esposti a cancerogeni e a sostanze chimiche/fisiche con effetti a lungo termine

3.6.2 Sintesi del Profilo di salute ed equità ed Analisi di contesto

La situazione nel mondo del lavoro in Molise nei dati Inail

Nel 2019 le posizioni assicurative attive in Molise riferite alla gestione industria e servizi sono risultate 23.490, con aumenti inferiori all'uno per cento rispetto ai due anni precedenti. La massa delle retribuzioni dei lavoratori dipendenti si è attestata a € 1 miliardo, pari allo 0,29% del totale nazionale, in aumento rispetto al 2017 (+4,49%) e sostanzialmente stabile rispetto al 2018 (-0,16%).

**Tabella 1.1 - Posizioni assicurative (Gestione industria e servizi)**

		2017		2018		2019	
Pat in gestione	Molise	23.652	0,63%	23.709	0,63%	23.490	0,61%
				0,24%		-0,92%	
	Italia	3.765.732	100,00%	3.781.708	100,00%	3.843.523	100,00%
				0,42%		1,63%	
Masse salariali denunciate	Molise	1.022.518	0,29%	1.070.161	0,29%	1.068.397	0,29%
				4,66%		-0,16%	
	Italia	354.996.963	100,00%	365.143.702	100,00%	373.347.572	100,00%
				2,86%		2,25%	
Teste assicurate denunciate	Molise	9.915	0,53%	9.878	0,53%	9.822	0,53%
				-0,37%		-0,57%	
	Italia	1.879.168	100,00%	1.867.655	100,00%	1.864.982	100,00%
				-0,61%		-0,14%	

Importi in migliaia di euro

I premi accertati nel 2019 per la gestione industria e servizi ammontano a € 23,6 milioni, in diminuzione del'1,89% rispetto al 2017 e dell'8,03% rispetto al 2018. L'andamento regionale è in linea con quello nazionale, che ha registrato cali in confronto ai due anni precedenti rispettivamente del 5,08% e del 7,64%.

Tabella 1.2 - Premi accertati e incassati (Gestione industria e servizi)

		2017		2018		2019	
Premi accertati	Molise	24.053	0,33%	25.658	0,34%	23.598	0,34%
				6,67%		-8,03%	
	Italia	7.302.718	100,00%	7.505.401	100,00%	6.931.759	100,00%
				2,78%		-7,64%	
Premi incassati	Molise	20.863	0,31%	21.886	0,32%	17.702	0,30%
				4,90%		-19,12%	
	Italia	6.703.192	100,00%	6.839.858	100,00%	5.837.634	100,00%
				2,04%		-14,65%	

Importi in migliaia di euro

Nel 2019 in Molise gli indennizzi per inabilità temporanea erogati ai lavoratori infortunati sono diminuiti dell'1,42% rispetto al 2017 e dell'11,29% rispetto al 2018. Il dato evidenzia decrementi superiori rispetto al dato rilevato a livello nazionale, che mostra diminuzioni in confronto ai due anni precedenti rispettivamente dell'1,42% e dello 0,41%. Nel 2019 non risultano concessi indennizzi per inabilità temporanea a lavoratori tecnopatici, come nel 2017, mentre ne era stato riconosciuto uno nel 2018. In Italia gli indennizzi in temporanea per malattia professionale nel 2019 sono stati 374, a fronte dei 443 del 2017 e dei 440 del 2018 (-15,58%, -15,00%).



Tabella 1.4 - Indennizzi in temporanea

		2017		2018		2019	
Infortuni	Molise	917	0,29%	1.019	0,32%	904	0,29%
				11,12%		-11,29%	
	Italia	321.544	100,00%	318.298	100,00%	316.990	100,00%
				-1,01%		-0,41%	
Malattie professionali	Molise	0	0,00%	1	0,23%	0	0,00%
				!		-100,00%	
	Italia	443	100,00%	440	100,00%	374	100,00%
				-0,68%		-15,00%	

Importi in migliaia di euro

Gli indennizzi in capitale erogati in Molise nel 2019 a seguito di infortunio sul lavoro evidenziano diminuzioni in confronto sia al 2017 (-15,18%), sia al 2018 (-20,83%). Il dato è inferiore a quello nazionale, che nel 2019 ha registrato diminuzioni in confronto ai due anni precedenti rispettivamente del 35,28% e del 32,48%. In calo anche gli indennizzi in capitale erogati a seguito di malattia professionale dell'11,11% in confronto al 2017 e del 17,95% in confronto al 2018. A livello nazionale le diminuzioni sono state del 12,92% e del 15,43%.

Tabella 1.5 - Indennizzi in capitale

		2017		2018		2019	
Infortuni	Molise	112	0,42%	120	0,47%	95	0,55%
				7,14%		-20,83%	
	Italia	26.914	100,00%	25.795	100,00%	17.418	100,00%
				-4,16%		-32,48%	
Malattie professionali	Molise	36	0,27%	39	0,28%	32	0,28%
				8,33%		-17,95%	
	Italia	13.294	100,00%	13.690	100,00%	11.577	100,00%
				2,98%		-15,43%	

Le rendite gestite complessivamente nel corso del 2019 sono state 4.635, in diminuzione in confronto al biennio precedente (-5,85% rispetto al 2017, -2,46% rispetto al 2018). L'andamento regionale è in linea con quello nazionale, in diminuzione rispetto ai due anni precedenti rispettivamente del 4,59% e del 2,23%. Le rendite costituite nell'anno di riferimento in Molise sono state 86, in incremento a fronte delle 60 rendite costituite nel 2017 e delle 80 costituite nel 2018. Le rendite di nuova costituzione nel 2019 in Italia sono state 18.330, in incremento rispetto ai due anni precedenti, rispettivamente del 7,77% e del 3,02%.



Tabella 1.6 - Rendite

		2017		2018		2019	
Totale rendite	Molise	4.923	0,64%	4.752	0,64%	4.635	0,63%
				-3,47%		-2,46%	
	Italia	765.524	100,00%	747.055	100,00%	730.389	100,00%
				-2,41%		-2,23%	
Rendite di nuova costituzione	Molise	60	0,35%	80	0,45%	86	0,47%
				33,33%		7,50%	
	Italia	17.009	100,00%	17.792	100,00%	18.330	100,00%
				4,60%		3,02%	

Infortuni

Nel 2019 sono state rilevate in Molise 1.990 denunce di infortunio corrispondenti allo 0,31% del totale nazionale. Le denunce di infortunio nella regione sono in diminuzione sia in confronto al 2017 (-4,23%), sia al 2018 (-7,05%). A livello nazionale, la diminuzione registrata rispetto al 2017 è dello 0,33%, rispetto al 2018 dello 0,09%.

Tabella 2.1 - Denunce di infortunio per modalità e anno di accadimento

		2017		2018		2019	
In occasione di lavoro	Molise	1.872	0,34%	1.926	0,36%	1.782	0,33%
				2,88%		-7,48%	
	Italia	544.226	100,00%	541.876	100,00%	539.217	100,00%
				-0,43%		-0,49%	
In itinere	Molise	206	0,20%	215	0,21%	208	0,20%
				4,37%		-3,26%	
	Italia	102.744	100,00%	103.519	100,00%	105.586	100,00%
				0,75%		2,00%	
Totale	Molise	2.078	0,32%	2.141	0,33%	1.990	0,31%
				3,03%		-7,05%	
	Italia	646.970	100,00%	645.395	100,00%	644.803	100,00%
				-0,24%		-0,09%	

Dal 2017 al 2019 le denunce di infortunio con esito mortale sono diminuite a livello nazionale dello 0,43%, passando da 1.161 a 1.156 (5 casi in meno). Nella regione sono rimaste stabili con 12 casi. Nel confronto con il 2017 si sono rilevati due casi in più avvenuti in occasione di lavoro (da 9 a 11) e due in meno in itinere (da 3 a 1). A livello nazionale, nel confronto con il 2017 le denunce di infortunio con esito mortale in occasione di lavoro sono state 10 in meno, passando da 848 a 838, quelle in itinere sono state 5 in più, passando da 313 a 318. Il dato nazionale mostra diminuzioni anche nel confronto con il 2018 passando da 1.264 a 1.156 (-108 casi). In Molise rispetto al 2018 si sono rilevate 2 denunce in meno, da 14 a 12 (1 in meno in occasione di lavoro, 1 in meno in itinere).

**Tabella 2.2 - Denunce di infortunio con esito mortale per modalità e anno di accadimento**

		2017		2018		2019	
In occasione di lavoro	Molise	9	1,06%	12	1,33%	11	1,31%
				33,33%		-8,33%	
	Italia	848	100,00%	901	100,00%	838	100,00%
				6,25%		-6,99%	
In itinere	Molise	3	0,96%	2	0,55%	1	0,31%
				-33,33%		-50,00%	
	Italia	313	100,00%	363	100,00%	318	100,00%
				15,97%		-12,40%	
Totale	Molise	12	1,03%	14	1,11%	12	1,04%
				16,67%		-14,29%	
	Italia	1.161	100,00%	1.264	100,00%	1.156	100,00%
				8,87%		-8,54%	

Gli infortuni accertati positivi (per i quali è stato accordato un risarcimento dall'ente) in regione sono stati 1.350, in diminuzione sia rispetto al 2017 (-4,86%), sia la 2018 (-12,45%). A livello nazionale il dato rilevato nel 2019 è in diminuzioni in confronto ai due anni precedenti rispettivamente del 5,47% e del 3,28%

Tabella 2.3 - Infortuni accertati positivi per modalità e anno di accadimento

		2017		2018		2019	
In occasione di lavoro	Molise	1.303	0,36%	1.417	0,40%	1.227	0,35%
				8,75%		-13,41%	
	Italia	363.667	100,00%	355.463	100,00%	345.709	100,00%
				-2,26%		-2,74%	
In itinere	Molise	116	0,18%	125	0,20%	123	0,21%
				7,76%		-1,60%	
	Italia	65.356	100,00%	63.828	100,00%	59.829	100,00%
				-2,34%		-6,27%	
Totale	Molise	1.419	0,33%	1.542	0,37%	1.350	0,33%
				8,67%		-12,45%	
	Italia	429.023	100,00%	419.291	100,00%	405.538	100,00%
				-2,27%		-3,28%	

Gli infortuni accertati positivi con esito mortale sono stati 7, in aumento rispetto ai 5 casi accertati nel 2017. A livello nazionale si è passati dai 685 casi accertati positivi nel 2017 ai 628 nel 2019 (-57 casi).



Tabella 2.4 - Infortuni accertati positivi per esito e anno di accadimento

		2017		2018		2019	
In assenza di menomazioni	Molise	1.091	0,31%	1.192	0,35%	1.024	0,29%
				9,26%		-14,09%	
	Italia	352.415	100,00%	344.497	100,00%	348.738	100,00%
				-2,25%		1,23%	
Con menomazioni	Molise	323	0,43%	343	0,46%	319	0,57%
				6,19%		-7,00%	
	Italia	75.923	100,00%	74.035	100,00%	56.172	100,00%
				-2,49%		-24,13%	
Esito mortale	Molise	5	0,73%	7	0,92%	7	1,11%
				40,00%		0,00%	
	Italia	685	100,00%	759	100,00%	628	100,00%
				10,80%		-17,26%	
Totale	Molise	1.419	0,33%	1.542	0,37%	1.350	0,33%
				8,67%		-12,45%	
	Italia	429.023	100,00%	419.291	100,00%	405.538	100,00%
				-2,27%		-3,28%	

Nel 2019 le giornate di inabilità con costo a carico dell'Inail sono state 44.044 pari, in media, a 79 giorni per infortuni che hanno provocato menomazioni e 18 in assenza di menomazioni. Anche a livello nazionale, le giornate di inabilità sono state, in media, 79 (infortuni con menomazioni) e 18 (in assenza di menomazioni).



Tabella 2.5 - Giornate di inabilità temporanea per esito e anno di accadimento

		2017		2018		2019	
In assenza di menomazioni	Molise	17.149	0,31%	21.589	0,39%	18.775	0,29%
				25,89%		-13,03%	
	Italia	5.495.163	100,00%	5.497.630	100,00%	6.390.684	100,00%
				0,04%		16,24%	
Con menomazioni	Molise	29.129	0,40%	32.743	0,47%	25.096	0,57%
				12,41%		-23,35%	
	Italia	7.264.213	100,00%	6.901.673	100,00%	4.420.087	100,00%
				-4,99%		-35,96%	
Esito mortale	Molise	0	0,00%	32	0,91%	173	8,99%
						440,63%	
	Italia	4.184	100,00%	3.513	100,00%	1.924	100,00%
				-16,04%		-45,23%	
Totale	Molise	46.278	0,36%	54.364	0,44%	44.044	0,41%
				17,47%		-18,98%	
	Italia	12.763.560	100,00%	12.402.816	100,00%	10.812.695	100,00%
				-2,83%		-12,82%	

Malattie professionali

In Molise nel 2019 sono state protocollate 197 denunce di malattia professionale, in diminuzione del 9,22% rispetto al 2017 e del 14,35% rispetto al 2018. Il dato è in controtendenza rispetto a quello nazionale che ha registrato un incremento del 5,52% in confronto al 2017 e del 2,93% rispetto al 2018. I casi riconosciuti sono stati 52, pari allo 0,23% del dato nazionale (22.502), in incremento del 10,64% rispetto al 2017 (47 riconoscimenti) e in diminuzione del 13,33% rispetto al 2018 (60 riconoscimenti). A livello nazionale il dato mostra invece diminuzioni rispetto a entrambi gli anni precedenti (-6,47%, -10,34%).

Tabella 3.1 - Malattie professionali denunciate e riconosciute per anno di protocollo

		2017		2018		2019	
Denunciate	Molise	217	0,37%	230	0,39%	197	0,32%
				5,99%		-14,35%	
	Italia	57.997	100,00%	59.458	100,00%	61.201	100,00%
				2,52%		2,93%	
Riconosciute	Molise	47	0,20%	60	0,24%	52	0,23%
				27,66%		-13,33%	
	Italia	24.059	100,00%	25.097	100,00%	22.502	100,00%
				4,31%		-10,34%	

Le 197 malattie professionali denunciate nel 2019 hanno interessato 158 lavoratori, al 28,48% dei quali è stata riconosciuta la causa lavorativa. In totale, in Italia nel 2019 si sono rilevate 61.201 malattie denunciate

che hanno coinvolto 43.732 lavoratori. La percentuale di riconoscimenti a livello nazionale è stata del 40,30%.

In Molise nel 2019 non risultano malattie professionali riconosciute con esito mortale (1 nel 2017, 1 nel 2018). A livello nazionale il numero delle malattie professionali con esito mortale è in diminuzione passando da 1.475 casi del 2017 a 1.018 del 2019 (-30,98%).

Tabella 3.3 - Malattie professionali riconosciute con esito mortale per anno di decesso

	2017		2018		2019	
Molise	1	0,07%	1	0,07%	0	0,00%
			0,00%		-100,00%	
Italia	1.475	100,00%	1.350	100,00%	1.018	100,00%
			-8,47%		-24,59%	

Cura, riabilitazione, reinserimento

Le prestazioni per "prime cure" erogate nel 2019 nei confronti di infortunati residenti in Molise sono state 12.597, in diminuzione sia rispetto al 2017 (-6,40%), sia al 2018 (-21,98%). A livello nazionale, le prestazioni sanitarie per "prime cure" hanno fatto registrare una diminuzione dell'1,56% rispetto al 2017 e del 2,56% rispetto al 2018.

Nel triennio 2017-2019 i progetti di reinserimento degli infortunati nella vita di relazione (adattamento di computer e veicoli personalizzati in base alle necessità degli assistiti; elaborazione di progetti individuali destinati al reinserimento), sono passati da 5 a 22. Il dato è in aumento anche a livello nazionale: i progetti in Italia sono stati 1.556, 59 in più rispetto al 2017 (+3,94%).

Tabella 4.3 - Progetti di reinserimento

	2017		2018		2019	
Molise	5	0,33%	7	0,45%	22	1,41%
			40,00%		214,29%	
Italia	1.497	100,00%	1.551	100,00%	1.556	100,00%
			3,61%		0,32%	

La spesa per acquisto e produzione di protesi, ortesi e ausili è aumentata passando da € 0,3 milioni nel 2017 a € 0,9 milioni nel 2019 (+151,62%). In incremento anche il dato riscontrato a livello nazionale, passato da € 68,9 milioni nel 2017 a 135,5 milioni nel 2019 (+96,70%).

Denunce di infortunio sul lavoro da Covid-19

I dati sulle denunce di infortunio da Covid-19 che l'Inail mette a disposizione sono provvisori e il loro confronto con quelli osservati a livello nazionale dall'ISS richiede cautele, sia per la più ampia platea rilevata dall'ISS rispetto a quella Inail riferita ai soli lavoratori assicurati, sia per la trattazione degli infortuni, in particolare quelli con esito mortale, per i quali la procedura presenta maggiore complessità.

Le denunce di infortunio sul lavoro da Covid-19 rilevate nelle Molise al 30 settembre 2020 sono state 60 e rappresentano lo 0,11% del dato nazionale (54.128). Non si sono rilevati casi con esito mortale (319 i casi mortali in Italia). Il 65,00% delle denunce ha riguardato le donne, la classe di età maggiormente colpita è stata quella tra i 50 e i 64 anni (46,67%). La provincia con il maggior numero di casi è stata Campobasso (46). A Isernia le denunce sono state 14.



Il 28,85% delle denunce riguarda il settore "Sanità e assistenza sociale". Seguono i settori "Amministrazione pubblica" (26,92%), "Noleggio e servizi alle imprese" (13,46%) e "Trasporto e magazzinaggio" (9,62%). Per quanto riguarda le professioni, il maggior numero delle denunce ha riguardato le "Professioni qualificate nei servizi personali ed assimilati" (22,00%) e i "Tecnici della salute" (18,00%). Seguono gli "Impiegati addetti alla segreteria e agli affari generali" (12,00%), gli "Esercenti ed addetti nelle attività di ristorazione" (8,00%), i "Direttori, dirigenti ed equiparati dell'amministrazione pubblica e nei servizi di sanità, istruzione e ricerca" (6,00%), i "Conduttori di veicoli a motore e a trazione animale" (4,00%) e il "Personale non qualificato nei servizi di istruzione e sanitari" (4,00%).

Denunce di infortunio sul lavoro da Covid-19 per genere e classe di età

	Campobasso	Isernia	Molise	%
Genere				
Donne	31	8	39	65,00%
Uomini	15	6	21	35,00%
Classe di età				
da 18 a 34 anni	6	4	10	16,67%
da 35 a 49 anni	16	5	21	35,00%
da 50 a 64 anni	24	4	28	46,67%
oltre i 64 anni	0	1	1	1,67%
Totale	46	14	60	100,00%
incidenza provincia/regione	76,67%	23,33%	100,00%	
di cui con esito mortale	-	-	-	

Industria e servizi - principali settori Ateco (casi codificati)

Sanità e assistenza sociale	28,85%
Amministrazione pubblica	26,92%
Noleggio e servizi alle imprese	13,46%
Trasporto e magazzinaggio	9,62%
Altro	21,15%

Professioni (CP2011 casi codificati)

Professioni qualificate nei servizi personali ed assimilati	22,00%
Tecnici della salute	18,00%
Impiegati addetti alla segreteria e agli affari generali	12,00%
Esercenti ed addetti nelle attività di ristorazione	8,00%
Direttori, dirigenti ed equiparati dell'amministrazione pubblica e nei servizi di sanità, istruzione e ricerca	6,00%
Conduttori di veicoli a motore e a trazione animale	4,00%
Personale non qualificato nei servizi di istruzione e sanitari	4,00%
Altro	26,00%

Vigilanza

N. di aziende sottoposte a vigilanza per settore – U.O.C. PSAL - ASReM				
ANNO	EDILIZIA	AGRICOLTURA	ALTRI COMPARTI	TUTTI I COMPARTI
2016	210	124	328	662
2017	136	65	348	549
2018	280	28	265	573
2019	62	32	474	568
2020	232	42	327	601

Profilo di equità

Numerose ricerche hanno riconosciuto il contributo cruciale e multidimensionale del lavoro nella generazione delle disuguaglianze di salute. In particolare tra i gruppi più a rischio ci sono: i disoccupati, i precari e coloro che svolgono lavori manuali o con una bassa qualifica.

Disoccupati

Le persone più soggette al rischio di disoccupazione sono generalmente uomini, nelle fasce di età estreme (giovani e anziani), con basso titolo di studio e meno qualificati.

La disoccupazione determina la perdita della continuità del reddito e quindi della disponibilità di risorse materiali per garantire un tenore di vita dignitoso, affrontare gli imprevisti di malattia e progettare un futuro significativo, oltre alla perdita di reddito vitale (nel lungo periodo), all'esaurirsi delle risorse di risparmio privato, al mancato risparmio previdenziale, con una percezione di insicurezza sul proprio futuro e il rischio di ingresso in condizioni di povertà e deprivazione.

Gli svantaggi dei disoccupati sono più marcati nelle età intermedie della carriera di lavoro e più frequenti per gli uomini, in particolare per chi ha carichi familiari.

Chi è disoccupato fuma di più, abusa più spesso di alcool ed è più sedentario, tutti fattori di rischio per molte malattie, incluse quelle circolatorie, respiratorie, metaboliche e tumorali e per la mortalità generale. È anche più soggetto a stress, ansia e depressione che possono essere responsabili dei più alti tassi di suicidio (nel breve periodo) dovuti alla mancata soddisfazione di bisogni materiali, sia alla sensazione di perdita di status e di controllo, sia alla percezione di arretramento sociale, di non piena appartenenza e cittadinanza.

Precari

Il lavoro precario riguarda per lo più giovani, stranieri e professioni meno qualificate.

Vi è una maggiore esposizione a fattori di rischio materiali e psicosociali, oltre alla minore tutela dai rischi da lavoro.

La maggior flessibilità e mobilità delle persone tra posti di lavoro diversi ha ridotto il ruolo protettivo, in particolare contro i rischi di infortuni, svolto dall'esperienza lavorativa.

In particolare le minacce per la salute dei lavoratori precari dipendono:

- dall'aumento del rischio di morti alcool correlate per entrambi i sessi e di morte per fumo negli uomini;
- problemi di salute mentale, come aumento dell'ansia e dello stress e del consumo di antidepressivi;
- aumento del rischio di infortuni e di patologie all'apparato muscolo scheletrico;
- peggioramento della salute percepita.



Lavoratori manuali e con bassa qualifica

Le persone con basso livello di istruzione tendono ad essere impiegate in lavori manuali o in professioni a bassa qualifica.

I lavoratori impiegati in professioni a bassa qualifica sono più esposti a fattori di rischio fisici, chimici biologici e/o ergonomici, nonché al rischio di infortuni. Il rischio è maggiore in alcuni settori - edilizia, agricoltura, trasporti, industria estrattiva – e in mansioni contraddistinte dalla più frequente presenza di posture scorrette e movimenti ripetitivi.

Vi sono poi gli **impatti psicosociali del lavoro**, che agiscono sulla salute mentale e sullo stress che dipendono da caratteristiche quali l'autonomia professionale e la soddisfazione del proprio lavoro, i livelli di impegno e di coinvolgimento richiesti dalle proprie mansioni o, ancora, il livello di ricompense previste a parità di sforzo, fisico o mentale richiesto.

Anche in questo caso le posizioni più stressanti sono ricoperte da persone con minori possibilità di trovare alternative sul mercato del lavoro e quindi lavoratori a bassa qualifica e soggetti vulnerabili come per esempio i lavoratori precari.

ANALISI DEL CONTESTO

Il Censimento permanente delle imprese 2019, condotto dall'ISTAT ha coinvolto in Molise un campione di 2.245 aziende con 3 e più addetti attive nei settori dell'industria e dei servizi, in rappresentanza di un universo di 4.418 aziende regionali che impiegano quasi 33 mila addetti.¹ Le imprese molisane incluse nel campo di osservazione costituiscono lo 0,4 per cento del numero complessivo di aziende a livello nazionale e ne impiegano lo 0,3 per cento degli addetti.

La distribuzione dimensionale delle imprese registra in Molise una più marcata presenza delle micro e piccole imprese. Quasi l'85 per cento delle aziende facenti parte del campo di osservazione rientrano nella categoria delle microimprese (con 3-9 addetti), mentre le piccole (10-49 addetti) rappresentano il 14,2 per cento del totale regionale. Le medie (50-249 addetti) e le grandi imprese (250 e più addetti) sono costituite complessivamente solo da 50 unità, ossia circa l'1,1 per cento del totale regionale (il peso delle medie e grandi imprese a livello nazionale è pari al 2,3 per cento). Quasi il 52 per cento degli addetti regionali lavorano in microimprese (la corrispondente quota a livello nazionale è del 29,5 per cento) e oltre il 34 per cento nelle piccole imprese; medie e grandi aziende impiegano circa il 14 per cento degli addetti complessivi regionali, mentre la corrispondente quota a livello nazionale supera il 44 per cento.

La struttura produttiva molisana è caratterizzata da una forte prevalenza delle imprese di servizi rispetto a quelle industriali. Sono attive nel settore industriale meno del 29% delle aziende incluse nel campo di osservazione. Il processo di terziarizzazione appare uniformemente avanzato in tutte le province del territorio regionale. In dettaglio, sono 634 (più del 14 per cento del totale regionale) le imprese che rientrano nel macro-settore dell'Industria in senso stretto; per la maggior parte (590 unità) si tratta di aziende manifatturiere, mentre le imprese estrattive e quelle attive nella fornitura di energia e acqua sono 44. Con oltre 640 unità il settore delle costruzioni rappresenta da solo più del 14% delle imprese della regione. Le imprese di servizi sono 3141 e rappresentano il 71,1 % del totale regionale. Il 37 % di esse è costituito da aziende attive nel commercio all'ingrosso e al dettaglio, mentre il restante 63 % è rappresentato da imprese che offrono servizi non commerciali. A testimonianza dell'importanza del settore turistico per l'economia regionale, le sole imprese attive nell'offerta di servizi di alloggio e ristorazione rappresentano circa un sesto delle aziende. In termini di unità di lavoro, il settore industriale ha un peso relativo superiore a quello misurato in termini di imprese, impiegando nel 2018 quasi il 34 % degli addetti totali della regione.



La numerosità delle imprese che rientrano nel campo di osservazione è aumentata del 3,3 % rispetto al 2011. Tale aumento, diversamente dalla riduzione registrata complessivamente in Italia (-1,3 %), è dovuto ad un aumento del comparto dei servizi (+13,6 % nel complesso e in particolare +21,5 % nel settore dei servizi non commerciali). La diminuzione osservata nel numero di imprese operanti nell'industria (-15,6 %) è il frutto di un ridimensionamento nell'industria in senso stretto (dove si sono perse 101 unità) e di una diminuzione (-17,4 %) nel settore delle costruzioni. Parallelamente all'incremento del numero di aziende, il periodo 2011-2018 ha registrato una modesta perdita di circa 400 addetti (circa l'1,2 % in meno), che riflette soprattutto il ridimensionamento del settore industriale.

Circa due terzi delle imprese molisane (il 70,3 %) è localizzato in provincia di Campobasso, il restante 29,7 % circa in provincia di Isernia. Anche per gli addetti si riscontra una percentuale maggiore e pari al 67,5 % in provincia di Campobasso rispetto a quella che si riscontra in provincia di Isernia e pari al 32,5 %, percentuali pressoché simili rispetto al 2011 sia in termini di imprese che di addetti.

Prospetto 1 - Imprese e addetti appartenenti al campo di osservazione dimensionale e settoriale del censimento (a), per classe di addetti, settore di attività economica e provincia. MOLISE. Anni 2018 e 2011. (Valori assoluti e percentuali)

CLASSI DI ADDETTI - SETTORI DI ATTIVITÀ ECONOMICA - PROVINCIA	2018				2011			
	Imprese		Addetti		Imprese		Addetti	
	Numero	%	Numero	%	Numero	%	Numero	%
CLASSI DI ADDETTI								
3-9	3.741	84,7	16.874	51,7	3.612	84,4	15.752	47,7
10-19	437	9,9	5.729	17,5	424	9,9	5.565	16,8
20-49	190	4,3	5.524	16,9	179	4,2	5.007	15,2
50-99	36	0,8	2.486	7,6	44	1,0	2.927	8,9
100-249	14	0,3	2.049	6,3	15	0,4	2.085	6,3
250-499	-	-	-	-	2	0,0	580	1,8
500 e oltre	-	-	-	-	2	0,0	1.129	3,4
SETTORI DI ATTIVITÀ ECONOMICA								
Estrazione di minerali da cave e miniere	5	0,1	81	0,2	8	0,2	128	0,4
Attività manifatturiere	590	13,4	6.076	18,6	692	16,2	8.759	26,5
Fornitura di energia elettrica, gas, vapore e aria condizionata	7	0,2	80	0,2	10	0,2	76	0,2
Fornitura di acqua; reti fognarie, attività di gestione rifiuti e risanamento	32	0,7	487	1,5	25	0,6	419	1,3
Industria in senso stretto	634	14,4	6.724	20,6	735	17,2	9.382	28,4
Costruzioni	643	14,6	4.268	13,1	778	18,2	5.512	16,7
INDUSTRIA	1.277	28,9	10.992	33,7	1.513	35,4	14.894	45,1
Commercio all'ingrosso e al dettaglio	1.149	26,0	6.883	21,1	1.125	26,3	5.970	18,1
Trasporto e magazzinaggio	296	6,7	3.125	9,6	213	5,0	2.225	6,7
Attività dei servizi di alloggio e di ristorazione	709	16,0	4.268	13,1	559	13,1	3.044	9,2
Servizi di informazione e comunicazione	79	1,8	648	2,0	70	1,6	602	1,8
Attività finanziaria e assicurative	82	1,9	519	1,6	74	1,7	408	1,2
Attività immobiliari	60	1,4	277	0,8	40	0,9	161	0,5
Attività professionali, scientifiche e tecniche	210	4,8	999	3,1	197	4,6	1.103	3,3
Noleggio, agenzie di viaggio, servizi di supporto alle imprese	169	3,8	1.925	5,9	150	3,5	2.170	6,6
Istruzione	31	0,7	147	0,5	27	0,6	146	0,4
Sanità e assistenza sociale	143	3,2	1.569	4,8	97	2,3	1.152	3,5
Attività artistiche, sportive, di intrattenimento e divertimento	80	1,8	418	1,3	37	0,9	279	0,8
Altre attività di servizi	133	3,0	892	2,7	176	4,1	891	2,7
Servizi non commerciali	1.992	45,1	14.787	45,3	1.640	38,3	12.181	36,9
SERVIZI	3.141	71,1	21.670	66,3	2.765	64,6	18.151	54,9
PROVINCE								
Campobasso	3.107	70,3	22.036	67,5	3.025	70,7	22.460	68,0
Isernia	1.311	29,7	10.626	32,5	1.253	29,3	10.585	32,0
TOTALE REGIONE	4.418		32.662		4.278		33.045	
TOTALE ITALIA	1.033.737		12.680.488		1.047.593		12.522.714	

a) Campo di osservazione: imprese con 3 e più addetti. Sono escluse le imprese agricole (codici Ateco 01, 02, 03), dell'amministrazione pubblica (Ateco 84) e delle attività di organizzazioni associative (Ateco 94). La sezione "Commercio all'ingrosso e al dettaglio" include le attività di riparazione di autoveicoli e motocicli.

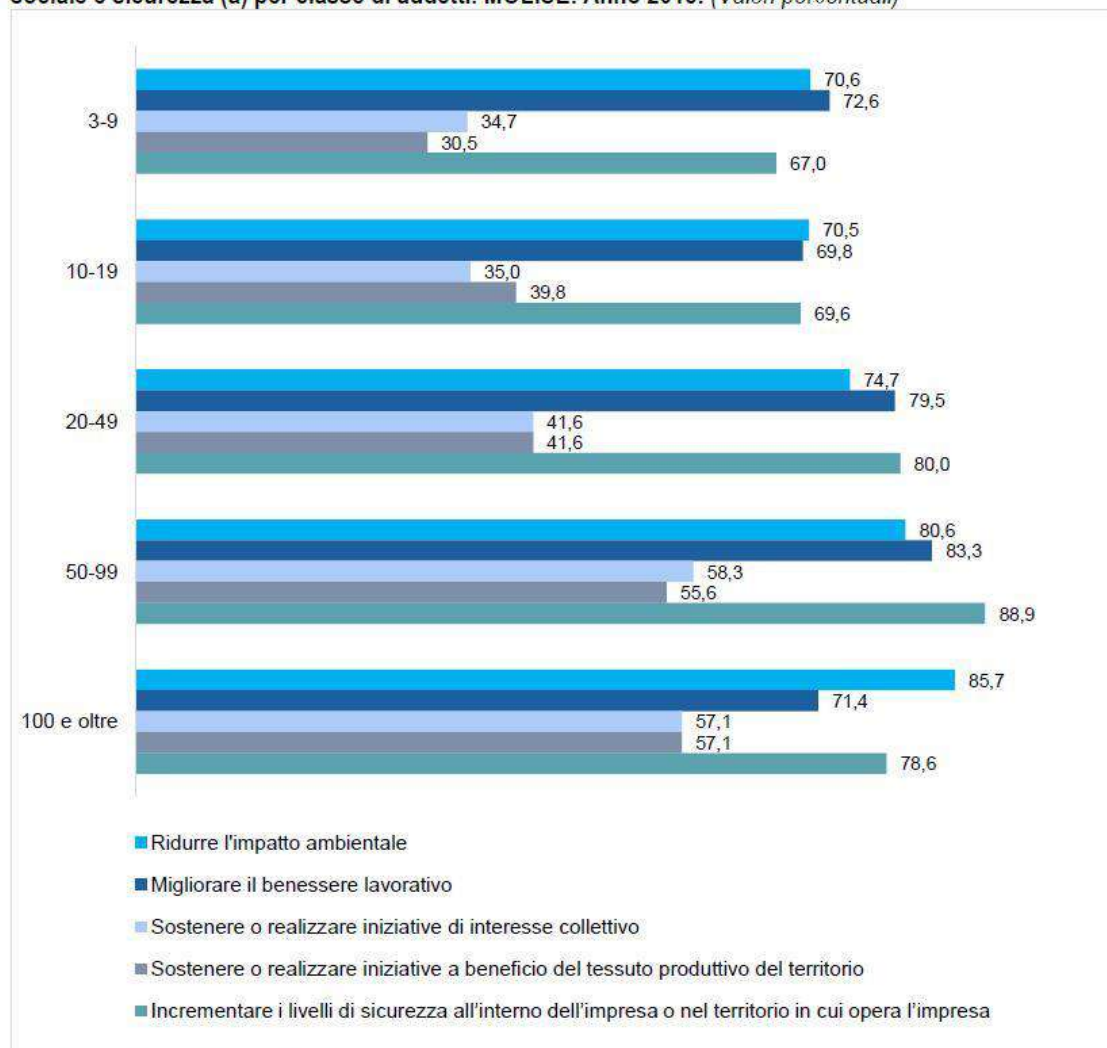
In termini di sostenibilità ambientale, responsabilità sociale e sicurezza i dati censuari del 2018 evidenziano che le imprese molisane hanno avviato numerose azioni nel campo della sostenibilità ambientale, della responsabilità sociale e della sicurezza: il 70,9 % delle imprese con almeno 3 addetti svolge azioni per ridurre l'impatto ambientale, il 72,7 % per migliorare il benessere lavorativo, le pari opportunità, la genitorialità e la conciliazione lavoro famiglia, il 68,0 % per incrementare il livello di sicurezza all'interno della propria impresa o nel territorio in cui opera. La quota di imprese molisane che ha intrapreso tali azioni è superiore alla media nazionale in tutti gli ambiti di attività; nel complesso, dichiara di aver intrapreso almeno un'azione riconducibile al concetto di responsabilità ambientale e sociale oppure di aver attuato

iniziative volte a incrementare i livelli di sicurezza all'interno dell'azienda o del territorio in cui opera quasi l'83 % delle imprese del Molise (l'80,9 % in Italia); il valore più elevato si registra nella provincia di Isernia.

I comportamenti sostenibili crescono all'aumentare della dimensione dell'impresa. Escludendo le iniziative rivolte al miglioramento del benessere lavorativo, le unità produttive di grandi dimensioni (100 addetti e oltre) presentano valori di oltre 10-20 punti percentuali superiori alla media regionale per tutte le azioni: +10,5 punti nell'ambito della sicurezza iniziative di interesse collettivo e 24,9 per quelle a beneficio del tessuto produttivo locale; significative le differenze anche nella riduzione dell'impatto ambiente (+14,8 punti percentuali).

Le imprese nella fascia 20-49 addetti risultano più attente alla sicurezza (80,0%), rispetto ad altre azioni quali il sostenere o realizzare iniziative di interesse collettivo o a beneficio del tessuto produttivo del territorio.

Figura 15 - Imprese che hanno avviato azioni in materia di sostenibilità ambientale, responsabilità sociale e sicurezza (a) per classe di addetti. MOLISE. Anno 2018. (Valori percentuali)



L'ultimo rapporto annuale della Banca d'Italia sull'andamento dell'economia molisana, pubblicato nel novembre 2020, ha messo in luce come la crisi globale provocata dalla pandemia di Covid-19 abbia determinato anche in Molise un brusco peggioramento del quadro economico. Confrontando i dati con quelli



del precedente rapporto, pubblicato a giugno 2020, si evidenzia che già nel primo trimestre del 2020 si era registrata una forte caduta del PIL (-5,4 per cento sul trimestre preso in esame). L'impatto dell'emergenza sanitaria sull'economia regionale è stato particolarmente rilevante soprattutto per le limitazioni imposte alle attività economiche. Secondo il sondaggio, condotto dalla Banca d'Italia, su un campione di imprese molisane con più di 20 addetti, tra la fine di settembre e l'inizio di ottobre, circa i due terzi delle aziende ha registrato un calo del fatturato nei primi nove mesi del 2020 rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente.

Nel settore industriale, nonostante il migliore clima di fiducia riscontrato nel terzo trimestre, l'indagine condotta tra settembre e ottobre su un campione di aziende con sede in Molise ha rilevato un diffuso calo delle vendite nei primi nove mesi dell'anno ed una spesa per investimenti nel complesso debole. Confrontando tali dati con l'indagine pubblicata a giugno 2020 condotta su un campione di imprese molisane, per il 2019, si registra una stagnazione delle vendite, penalizzate dalla debole dinamica della domanda interna, mentre quella estera si è confermata più vivace, favorendo l'espansione delle esportazioni regionali.

Per quanto riguarda il settore delle costruzioni ha fatto registrare un forte calo delle ore lavorate e del valore della produzione. Secondo i dati forniti dalle casse edili molisane, nei primi otto mesi del 2020 le ore lavorate sono diminuite di circa un quinto rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente; su tale andamento ha inciso soprattutto la netta caduta rilevata nel bimestre marzo-aprile a seguito del blocco dei cantieri. Confrontando tali dati con la precedente indagine pubblicata a giugno 2020, si segnala che nel 2019 il settore delle costruzioni aveva mostrato una moderata ripresa dell'attività, favorita dal progressivo recupero delle transazioni sul mercato immobiliare.

Nel mercato del lavoro il numero di occupati è tornato a diminuire, interrompendo il moderato recupero dello scorso biennio, con effetti più rilevanti per i lavoratori con contratto a termine e per quelli impiegati nel terziario. Le ore autorizzate di cassa integrazione sono fortemente cresciute, attestandosi su livelli elevati soprattutto nei mesi di aprile e maggio. Mentre, l'indagine pubblicata a giugno 2020 aveva evidenziato come nel 2019 l'occupazione era cresciuta, sebbene in misura ridotta rispetto all'anno precedente. L'emergenza sanitaria ha prodotto notevoli effetti sul mercato del lavoro: secondo le stime dell'Istat, oltre il 30 per cento dei lavoratori molisani è impiegato nei settori temporaneamente sospesi, una quota di poco inferiore alla media italiana.

Risorse umane

Nel triennio 2016-2018 ha acquisito nuove risorse umane il 61,1 % delle imprese molisane, una percentuale superiore a quella nazionale (58,1%). La probabilità che un'azienda abbia acquisito nuovo personale cresce notevolmente in funzione della classe dimensionale (passando dal 58,9 %circa registrato per le microimprese al 78,6 %per le grandi), mentre mostra minori variazioni di natura settoriale (oscillando fra il 65,5 %rilevato nell'industria e il 59,3 %dei servizi).

Rispetto alla tipologia contrattuale, in Molise ha assunto nuovi dipendenti a tempo indeterminato solo il 70,1 %delle imprese, lo stesso valore registrato nel Paese; il ricorso ad assunzioni a tempo determinato ha interessato il 56,4 %delle aziende localizzate nella regione (2,6 punti in più della media nazionale). Una bassa percentuale di imprese (5,0 %) ha impiegato nuove risorse inquadrare come lavoro in somministrazione; tale tipologia contrattuale è relativamente più frequente nel **settore delle costruzioni** (7,0 %). L'assunzione di altre tipologie di collaboratori (inclusi gli esterni con partita IVA) è stata scelta dal 15,6 % delle imprese (una percentuale inferiore a quella nazionale che si attesta al 20,0 %).

Sono soprattutto fattori di costo a ostacolare l'acquisizione di nuove risorse umane. In particolare, un costo del lavoro eccessivamente elevato è stato indicato come rilevante dal 61,5% delle imprese, superiore al

dato nazionale (47,9 %). L'alto livello delle retribuzioni viene percepito come un impedimento all'immissione di nuova forza lavoro in misura relativamente maggiore dalle imprese industriali, e in particolar modo da quelle di costruzioni (il 70,3 % di queste ha indicato il costo del lavoro fra i principali ostacoli). Il secondo fattore più frequentemente indicato dalle imprese è strettamente collegato al precedente: il 28,2 % delle aziende considera l'incertezza sulla sostenibilità futura dei costi delle nuove risorse un rilevante freno alla conclusione di nuovi contratti di lavoro. Anche se forse meno rilevanti di quelli legati ai costi, i problemi di mismatch fra domanda e offerta di lavoro sono certamente non secondari: il 17,8 % delle imprese (il 21 % in Italia) indica le difficoltà di reperimento di personale con le qualifiche tecniche fra i principali impedimenti all'acquisizione di nuove risorse; sono le imprese di dimensioni maggiori e del comparto industriale quelle che segnalano più frequentemente difficoltà nel trovare risorse con le competenze desiderate.

Nel 2018 svolgono in Molise attività di formazione aziendale non obbligatoria 245 imprese con 10 e più addetti, il 36,2 % del totale; in Italia si registra una percentuale più elevata 38,2 %). Se il valore di Campobasso è simile a quello nazionale, il dato di Isernia si colloca al di sotto (Cartogramma 3). Alla formazione interna ricorre l'84,1 per cento delle aziende che svolgono formazione non obbligatoria; i corsi sono indirizzati prevalentemente alla formazione per neo-assunti e alla formazione continua del personale dell'impresa. La formazione a gestione esterna (64,1 per cento delle aziende) è indirizzata soprattutto alla formazione continua ed obbligatoria. La grande maggioranza dei corsi di formazione a gestione interna o esterna ha per oggetto competenze tecnico-operative specifiche per il lavoro. Organizza corsi volti a migliorare le competenze informatiche un numero limitato di aziende (fra le 27 e le 46 unità nel segmento delle imprese con 10 e più addetti, a seconda che il corso riguardi conoscenze di base o avanzate).

3.6.3 Scheda di programma

3.6.3.1 Descrizione dal PNP

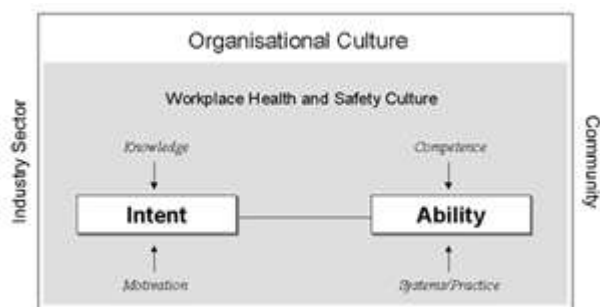
Il generale consolidamento dei flussi informativi relativi ai danni alla salute e ai rischi presenti negli ambienti di lavoro, ha permesso negli ultimi anni alle ASL di programmare attività di prevenzione nei luoghi di lavoro, secondo criteri di priorità di rischio. Accanto alle attività programmate dalle ASL permangono le attività "su richiesta" (in parte programmabili sulla base dei dati storici) ovvero le segnalazioni, e le inchieste per infortunio grave o mortale o per sospetta malattia professionale.

Recentemente, in coerenza con i cambiamenti del mondo economico e del lavoro, i Servizi ASL dedicati alla tutela della salute e della sicurezza del lavoratore hanno ricercato nuove modalità di intervento che, pur coerenti con i disposti normativi vigenti e rispettose nell'utilizzo degli strumenti offerti dal codice di procedura penale, rappresentano un'evoluzione del "controllo" nelle imprese, sicuramente a vantaggio di efficienza della Pubblica Amministrazione e potenzialmente più efficace essendo in grado di coniugare l'assistenza con la vigilanza.

Il Piano Mirato di Prevenzione rappresenta lo strumento innovativo di controllo, fondato sulla conduzione di processi di prevenzione volti al miglioramento delle misure generali di tutela e non alla sola verifica dell'applicazione della norma.

L'azione dei Servizi per la tutela della salute e sicurezza del lavoratore delle ASL si orienta, infatti, verso il supporto/assistenza al mondo del lavoro, facilitando l'accesso delle imprese alla conoscenza, ovvero alla valutazione e corretta gestione dei rischi, al fine di raggiungere anche e soprattutto le piccole e medie imprese che costituiscono gran parte del tessuto produttivo italiano.

Vi sono imprese motivate (volontà) alla salute e sicurezza sul lavoro, ma che necessitano di sviluppare meglio la loro capacità (abilità) nella valutazione e gestione dei rischi (Workplace Health and Safety).



Segmentation and Key Drivers. www.whss.govt.nz).

Il Programma, in linea con principi e obiettivi del PNP, adotta le lenti dell'equità, secondo il modello operativo proposto dal PNP (HEA), che prevede le seguenti fasi: elaborazione del profilo di salute ed equità, identificazione di aree/gruppi a più alto rischio di esposizione o di vulnerabilità ai fattori di rischio, conseguente adeguamento/orientamento dell'intervento in termini di disegno e allocazione, valutazione di impatto

3.6.3.2 Sintesi delle principali evidenze e buone pratiche e relative fonti

1. Progetto CCM 2016 "L'approfondimento dei fattori di rischio lavorativi e l'individuazione delle soluzioni per le aziende attraverso le attività di vigilanza e assistenza da parte delle Istituzioni"
2. Labour inspection. A guide to the profession. Wolfgang Von Richthofen. International Labour Office. Geneva.
3. Official Journal of the European Union. Appointment of members of the Senior Labour Inspectors' Committee (205/C 10/02)
4. Resolution on "The role of SLIC in the Community Strategy on safety and health at work 2002-2006"
5. Oficina Internacional del Trabajo – OIT. Guía de introducción a los Sistemas Nacionales de Seguridad y Salud en el trabajo. José Luis Castellà
6. Work-related deaths. Investigators guide. British Transport Police, Association of Chief Police Officers, HSE, Crown Prosecution service, Local Government Association
7. Los indicadores de la inspección de trabajo y seguridad social" M. V. Fernández
8. Experiencias sobre indicadores de eficacia en las inspecciones europeas" SLIC. M. V. Fernández. Bilbao 10 luglio 2002
9. Le regolamentazioni comunitarie in materia di salute e sicurezza: un primo bilancio e alcune riflessioni. C. E. Triomphe, Dèlègué Général Université Européenne du Travail (UET) con la collaborazione di C. Teissier (UET)
10. How can effects of labour inspection be measured? Nils-Petter Wedege, Deputy Director General The Norwegian Labour Inspection Authority. SLIC Billund. Nov 2002
11. Indagine sulle attività svolte dai servizi di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro nei casi di infortunio mortale verificatisi in Umbria negli anni 1991-1999. Discetti, Bodo, Mattioli. Difesa sociale – vol. LXXXIII n. 1 (2004) pp. 45-62
12. An evidence-based evaluation of how best to secure compliance with health and safety law. HSE. Research report 334. Greenstreet Berman Ltd per the Health and Safety Executive 2005
13. Workplace Health and Safety Segmentation and Key Drivers. www.whss.govt.nz
14. porExperiencia. Boletín de Salud Laboral para Delegadas y Delegados de Prevención de CC.OO. Edita: ISTAS. Instituto sindical de trabajo, ambiente y salud. n. 33 julio 2006. Dossier: 100 años de Inspección de Trabajo

3.6.3.3 Declinazione a livello regionale del Programma

Al fine di promuovere l'approccio proattivo dei Servizi per la tutela della salute e sicurezza del lavoratore delle ASL, che sia orientato al supporto/assistenza alle imprese (ovvero ai datori di lavoro), al sostegno, alla autovalutazione e gestione dei rischi, al ruolo dei lavoratori (RLS) nell'organizzazione della salute e sicurezza aziendale, è opportuno migliorare la qualità e l'omogeneità delle attività di vigilanza attraverso la condivisione di metodologie di controllo orientate ai settori/rischi considerati prioritari e all'efficacia preventiva, assicurando certezza e

trasparenza dell'azione pubblica, anche attraverso strumenti *enforcement* quali l'autovalutazione e l'audit.

In considerazione di quanto sopra anche la U.O.C. PSAL ASREM avvierà in modo sinergico l'attività di assistenza (non consulenza) e di vigilanza alle imprese, per garantire trasparenza dell'azione pubblica ed una maggiore consapevolezza da parte dei datori di lavoro dei rischi e delle conseguenze dovute al mancato rispetto delle norme di sicurezza, anche, e soprattutto, attraverso il coinvolgimento di tutti i soggetti interessati, dai lavoratori, ai loro rappresentanti, alle associazioni, altri enti, ecc.

In quest'ottica i Piani Mirati di Prevenzione (PMP) rappresentano uno strumento in grado di rispondere alle richieste di trasparenza, equità, uniformità e coinvolgimento attivo degli stakeholder per una crescita globale della cultura della sicurezza, in quanto coniugano l'attività di promozione di buone prassi con l'attività di vigilanza propria dei Servizi di Prevenzione.

I Piani mirati hanno il vantaggio di coinvolgere un numero ampio di imprese, di assisterle nell'applicazione delle linee di indirizzo regionali prodotte ed in generale di buone prassi, assicurando una maggior copertura dei controlli e una maggior efficacia dell'azione di prevenzione.

La progettazione dell'intervento mirato di prevenzione è determinato in base a:

- eventi sentinella
- analisi infortunistica territoriale e nazionale
- innovazione ed applicazione normativa
- applicazione di linee di indirizzo regionali /buone prassi.

Il Piano mirato sviluppato sul territorio da parte delle PSAL è articolato nelle seguenti fasi:

- a. individuazione di alcuni punti critici rappresentativi dei principali rischi di un comparto lavorativo e delle relative misure da adottare, concrete e realizzabili, possibilmente in condivisione con le associazioni di categoria e con gli attori dei sistemi di prevenzione aziendali;
- b. progettazione dell'intervento, compresa la definizione del criterio di scelta del campione di aziende
- c. stesura della Scheda di autovalutazione della linea di indirizzo/buone prassi oggetto del Piano
- d. informazione alle aziende da coinvolgere con nota/circolare/seminario e trasmissione della Scheda di autovalutazione
- e. autovalutazione aziendale, con obbligo di ritorno, in un tempo congruo
- f. vigilanza sugli inadempienti ed in un campione statisticamente rappresentativo delle restanti aziende.

I PMP devono quindi prevedere la sensibilizzazione delle aziende affinché si orientino verso percorsi virtuosi sui temi di salute e sicurezza sul lavoro, in particolare in settori quali i porti, edilizia e sanità oltre che agricoltura.

L'obiettivo dei PMP è quello di innalzare gradualmente, in un determinato comparto il livello di prevenzione e sicurezza, evitando le disparità insite nella attività tradizionale di vigilanza che, seppur guidata ed orientata da corretti criteri di programmazione, rischia di toccare solo alcuni, lasciando altri esenti dal controllo (vigilanza a macchia di leopardo).



La declinazione a livello regionale del PP6 prevede l'adozione dei seguenti Piani Mirati di Prevenzione:

A. Piano mirato della prevenzione (PMP): Sicurezza nella movimentazione di materiali e merci

Tale piano ha lo scopo di migliorare la gestione della sicurezza nella movimentazione merci/materiali all'interno delle aziende, partendo dall'analisi degli infortuni occorsi.

Infatti, circa un quinto degli infortuni indagati nell'ultimo quinquennio sono correlabili alle attività di movimentazione delle merci e dei materiali.

La finalità del Piano Mirato è quella di assistere le aziende, coinvolgendo i vari attori della sicurezza, nel trovare soluzioni utili al miglioramento delle condizioni di lavoro riducendo i rischi connessi alla movimentazione delle merci.

Lo strumento scelto, come previsto dai Piani mirati della prevenzione, è una scheda di autovalutazione, che prevede una sezione di igiene del lavoro accanto a quella dedicata alla analisi della gestione degli spazi, delle attrezzature, della formazione, etc.. La scheda sarà presentata in appositi incontri informativi (in presenza o in video conferenza). Dopo gli incontri in videoconferenza, le aziende avranno a disposizione 30 gg per compilare e restituire la scheda di autovalutazione.

A questa prima fase di informazione e assistenza, seguirà una seconda fase nella quale le aziende coinvolte nel piano saranno oggetto di controlli a campione, utili a verificare le misure adottate ai fini della riduzione del rischio specifico.

B. Piano Mirato di Prevenzione “Applicazione dei regolamenti REACH e CLP”

Il Regolamento CE n. 1907/2006 (REACH) dispone di assicurare un elevato livello di protezione della salute umana e dell'ambiente attraverso il miglioramento della conoscenza dei pericoli e dei rischi derivanti da prodotti chimici e prevede vigilanza e controllo non solo per le sostanze pericolose, ma per tutte le sostanze chimiche in quanto tali, come costituenti di miscele o contenute negli articoli.

Il Regolamento CE n. 1272/2008 (CLP) opera una revisione ed un aggiornamento del sistema di classificazione ed etichettatura dei prodotti chimici, concerne sia le sostanze chimiche sia le miscele (inclusi fitosanitari, cosmetici, biocidi, detergenti) ed ha introdotto cambiamenti di rilievo per i fabbricanti, gli importatori e gli utilizzatori a valle, relativamente alla classificazione di sostanze e miscele con il conseguente aggiornamento delle etichette di pericolo e delle Schede Dati di Sicurezza.

Alla Regione compete l'applicazione e l'implementazione dei Regolamenti REACH e del CLP sul proprio territorio, la gestione dei programmi di controllo e la definizione delle attività di vigilanza. Queste nuove competenze hanno costituito l'occasione per formare e aggiornare nuove figure professionali, per creare sinergie e collaborazioni tra i vari Enti preposti al controllo sulle sostanze chimiche, alla tutela dell'ambiente e alla salvaguardia della salute dei cittadini attuando un sistema



di conoscenze multidisciplinari integrate, hanno fornito inoltre lo stimolo ad implementare l'attività analitica dei laboratori e a valutare ulteriori problematiche connesse ai rischi da agenti chimici, cancerogeni e mutageni negli ambienti di lavoro.

Alla luce della necessità di valutare vecchi e nuovi rischi sia per la salute che per la sicurezza, dell'aumento del numero di sostanze di uso industriale, della necessità di avviare un percorso di vigilanza e controllo e di diffondere strumenti validi di valutazione del rischio e di buone prassi, si ravvisa la necessità di sviluppare ulteriormente le capacità di vigilanza, controllo ed ispezione, rafforzando ed uniformando le procedure di valutazione adottate dagli operatori e condividendo le esperienze e le problematiche rinvenute sul territorio.

La realizzazione e l'esito di un Piano Mirato di Prevenzione costituisce il presupposto conoscitivo per individuare concrete azioni di miglioramento dei protocolli operativi e proporre nuove collaborazioni interistituzionali finalizzate allo sviluppo di ispezioni integrate basate su diverse norme di settore (Regolamenti europei relativi a Fitosanitari, Biocidi, Cosmetici e Detergenti) e stimolare l'attuazione dei Regolamenti REACH e CLP (miglioramento della *compliance*) consolidando la consapevolezza degli adempimenti in capo alle imprese o ai vari soggetti coinvolti.

Il Piano consisterà in

- Attività di informazione alle aziende
- Distribuzione di una scheda di autovalutazione, utilizzabile dall'azienda per verificare lo stato di partenza della propria realtà
- Campagna di vigilanza, orientata in prima istanza alle aziende che non abbiano provveduto all'invio all'ASL della scheda di autovalutazione e successivamente ad un campione delle altre aziende.

c. Piano Mirato di Prevenzione "Adeguatezza dei percorsi formativi obbligatori dei lavoratori in materia di igiene e sicurezza sul lavoro"

La formazione dei lavoratori è argomento strategico per una corretta gestione della salute e della sicurezza del lavoro. Spesso le indagini effettuate per infortuni o malattie professionali evidenziano azioni insicure dovute ad una mancata o insufficiente formazione specifica sui rischi propri della mansione svolta dai lavoratori interessati dall'evento.

In tutti i casi, proprio per evidenziare l'importanza di una formazione efficace come strumento portante ed insostituibile del sistema di "Prevenzione e Protezione", negli Accordi citati sono state definite anche le metodologie per la erogazione dei diversi percorsi formativi.

Secondo la Cassazione, chi ha obblighi di sicurezza verso i lavoratori deve *"attivarsi e controllare fino alla pedanteria che tali norme siano assimilate dai lavoratori nella ordinaria prassi di lavoro"*, questo perché *"gli obblighi che gravano sul datore di lavoro, e ciò vale anche in tema di informazione e formazione, non sono limitati ad un rispetto meramente formale [...] ma esigono che vi sia una positiva azione del datore di lavoro volta ad assicurarsi che le regole in questione vengano assimilate dai lavoratori e vengano rispettate nella ordinaria prassi di lavoro"*



La formazione, dunque, è un *‘processo educativo attraverso il quale trasferire ai lavoratori ed agli altri soggetti del sistema di prevenzione e protezione aziendale conoscenze e procedure utili alla acquisizione di competenze per lo svolgimento in sicurezza dei rispettivi compiti in azienda e alla identificazione, alla riduzione e alla gestione dei rischi’*.

Gli obiettivi della formazione di SSL riguardano:

- competenze per lo svolgimento in sicurezza dei rispettivi compiti in azienda;
- competenze per identificare, ridurre e gestire i rischi.

A questi principi si affianca anche quello della **differenziazione** affermato in più occasioni dalla giurisprudenza; pertanto, il processo formativo non deve essere di tipo generalista ma deve essere specifico e riguardare i **rischi, le procedure e le azioni** relative alle **mansioni** svolte dal soggetto da formare all'interno dall'azienda.

L'**adeguatezza**, quindi, è legata in primo luogo alla sussistenza di questo requisito fondamentale con il risultato che la mera partecipazione dei lavoratori o dei preposti unicamente a un corso di base incentrato sugli obblighi e gli aspetti generali della prevenzione senza alcun riferimento alla **situazione effettiva** dell'azienda e alle singole mansioni svolte in concreto – oltre che agli esiti della valutazione dei rischi – rende inadeguato il processo formativo in quanto non assicura le necessarie competenze per una reale tutela del diritto alla salute del cittadino-lavoratore.

Non pare pleonastico, in proposito, rammentare che l'art. 37 c.1 del D.Lgs. 81/08 prevede che *“il datore di lavoro assicura che ciascun lavoratore riceva una formazione sufficiente e adeguata in materia di salute e sicurezza, anche rispetto alle conoscenze linguistiche.”* e al comma 13 che *“il contenuto della formazione deve essere facilmente comprensibile per i lavoratori e deve consentire loro di acquisire le conoscenze e competenze necessarie in materia di salute e sicurezza sul lavoro.”*

Ove la formazione riguardi lavoratori immigrati, essa avviene previa verifica della comprensione e conoscenza della lingua veicolare utilizzata nel percorso formativo.”

Per questo motivo si ritiene necessario avviare un Piano Mirato di Prevenzione "Adeguatezza dei percorsi formativi obbligatori dei lavoratori in materia di igiene e sicurezza sul lavoro". Particolare attenzione viene posta sul modo d'intendere e di fare formazione, sia nella progettazione che nell'utilizzo di un approccio interattivo che comporti la centralità del sistema di prevenzione aziendale e del lavoratore nel percorso di apprendimento. Invece di chiedere sempre 'più formazione' – “come se la formazione in qualsiasi modo svolta fosse risolutiva, a prescindere” - dovremmo occuparci sempre più della **“qualità della formazione erogata”**.

Il Piano Mirato consisterà in

- Attività di informazione alle aziende, anche attraverso la stesura di una guida con lo scopo di fornire un aiuto operativo per il concreto adempimento del dovere di formazione nei confronti dei lavoratori e di stimolare i lavoratori e i loro rappresentanti sul diritto – dovere alla partecipazione attiva alle iniziative proposte
- Distribuzione di una scheda di autovalutazione, utilizzabile dall'azienda per verificare lo stato di partenza della propria realtà permettendo di individuare eventuali aree di miglioramento

- Campagna di vigilanza, orientata in prima istanza proprio sugli aspetti contenuti nella scheda di autovalutazione, tra i quali una parte fondamentale è riservata alla figura dei docenti-formatori; in particolare sarà oggetto di specifica vigilanza l'attinenza del piano formativo alle risultanze ottenute dalla valutazione dei rischi.

3.6.4 Obiettivi e indicatori delle azioni trasversali

INTERSETTORIALITÀ

PP06_OT01	Sviluppare un confronto strutturato a livello regionale e territoriale, con Enti e Parti Sociali, su obiettivi e strumenti per le attività di prevenzione, controllo e informazione, nell'ambito del Comitato di Coordinamento di cui all'art. 7 del D.Lgs. 81/2008
PP06_OT01_IT01	Intersettorialità
formula	Confronto nei tavoli territoriali, con le parti sociali e datoriali, strutturato all'interno del Comitato ex art 7 d.lgs 81/2008
Standard	Almeno 2 incontri annui (livello regionale/territoriale) con redazione dei relativi verbali
Fonte	Regione

FORMAZIONE

PP06_OT02	Organizzare percorsi di formazione per le aziende individuate e percorsi di formazione dei lavoratori e dei datori di lavoro
PP06_OT02_IT02	Formazione incentrata su metodologie efficaci di verifica della valutazione del rischio
formula	Realizzazione, in ogni Regione, di iniziative di formazione specifica rivolta agli operatori delle ASL e alle figure aziendali della prevenzione
Standard	Almeno 1 iniziativa annuale (incontro/seminario/convegno)
Fonte	Regione

COMUNICAZIONE

PP06_OT03	Produrre report periodici relativi al monitoraggio dei rischi/danni da lavoro e alle iniziative di prevenzione realizzate
PP06_OT03_IT03	Comunicazione
formula	Attività di restituzione dei risultati e diffusione di buone prassi in ordine all'approccio "sistemico" del rischio
Standard	Almeno 1 report annuale sulle attività svolte e sui risultati raggiunti
Fonte	Regione

EQUITÀ

PP06_OT05	Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi
PP06_OT05_IT04	Lenti di equità
formula	Adozione dell'HEA
Standard	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2021
Fonte	Regione

3.6.5 Obiettivi e indicatori specifici

PP06_OS01	Promuovere l'approccio proattivo dei Servizi ASL deputati alla tutela della salute e sicurezza del lavoratore orientato al supporto/assistenza alle imprese (ovvero ai datori di lavoro), al sostegno, alla autovalutazione e gestione dei rischi, al ruolo dei lavoratori (RLS) nell'organizzazione della salute e sicurezza aziendale, tramite l'attivazione di uno specifico Piano Mirato di Prevenzione (PMP) in "settori" specifici individuati in ciascuna Regione sulla base delle specificità territoriali (diversi dai comparti Edilizia e Agricoltura)
PP06_OS01_IS01	Progettazione e realizzazione, da parte di ogni Regione, di PMP rivolti ad aziende di settori produttivi diversi dai comparti Edilizia e Agricoltura
formula	Formula: n. di PMP "attuati" * su aziende di settori produttivi diversi dai comparti Edilizia e Agricoltura (* Per attuazione del PMP si intende la completa esecuzione delle fasi ed attività indicate nello specifico paragrafo del MO4)
Standard	maggiore o uguale a 3
Fonte	Regione
PP06_OS02	Verifica dell'adeguatezza dei percorsi formativi obbligatori per il lavoratori in materia di igiene e sicurezza sul lavoro, con particolare attenzione alla qualità della progettazione, della pianificazione e dell'erogazione degli eventi formativi
PP06_OS02_IS02	Verifica dell'adeguatezza della formazione obbligatoria per i lavoratori in materia di igiene e sicurezza sul lavoro
formula	Verificare l'adeguatezza dei corsi formativi obbligatori per i lavoratori
Standard	Aumentare l'adeguatezza dei percorsi formativi obbligatori per il lavoratori in materia di igiene e sicurezza sul lavoro, con particolare attenzione alla qualità della progettazione, della pianificazione e dell'erogazione degli eventi formativi
Fonte	Regione/ASREM
PP06_OS03	Potenziamento attività di controllo in materia di REACH/CLP su sostanze chimiche/miscele contenute in fitosanitari, cosmetici, biocidi, detergenti e sostanze



	chimiche/miscele in genere pericolose per l'uomo e l'ambiente
PP06_OS03_IS03	Applicazione reg. REACH/CLP
formula	Reg. REACH/CLP
Standard	Applicare il regolamento REACH/CLP
Fonte	REGIONE ASS. POLITICHE PER LA SALUTE
PP06_OS04	Promozione ed adozione di un approccio multidisciplinare che coinvolga le diverse figure della prevenzione, volto alla riduzione dei rischi connessi alla movimentazione dei carichi
PP06_OS04_IS04	Approccio multidisciplinare per ridurre i rischi connessi alla movimentazione dei carichi
formula	Riduzione dei rischi connessi alla movimentazione dei carichi
Standard	Riduzione dei rischi connessi alla movimentazione dei carichi attraverso la promozione e l'adozione di un approccio multidisciplinare che coinvolga le diverse figure della prevenzione.
Fonte	Regione/ASREM

3.6.6 Azioni

PROGRAMMA	PP06
TITOLO AZIONE (1 di 3)	Piano Mirato di Prevenzione "Applicazione dei regolamenti REACH e CLP"
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A PROMUOVERE LA SICUREZZA E LA TUTELA DELLA SALUTE DEI CITTADINI, LAVORATORI E CONSUMATORI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	6.1 Organizzazione/miglioramento/sviluppo delle attività di controllo/ispezione/vigilanza
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età lavorativa
SETTING	ambiente di lavoro

DESCRIZIONE

Il Regolamento CE n. 1907/2006 (REACH) dispone di assicurare un elevato livello di protezione della salute umana e dell'ambiente attraverso il miglioramento della conoscenza dei pericoli e dei rischi derivanti da prodotti chimici e prevede vigilanza e controllo non solo per le sostanze pericolose, ma per tutte le sostanze chimiche in quanto tali, come costituenti di miscele o contenute negli articoli.

Il Regolamento CE n. 1272/2008 (CLP) opera una revisione ed un aggiornamento del sistema di classificazione ed etichettatura dei prodotti chimici, concerne sia le sostanze chimiche sia le miscele (inclusi fitosanitari, cosmetici, biocidi, detergenti) ed ha introdotto cambiamenti di rilievo



per i fabbricanti, gli importatori e gli utilizzatori a valle, relativamente alla classificazione di sostanze e miscele con il conseguente aggiornamento delle etichette di pericolo e delle Schede Dati di Sicurezza.

Alla Regione compete l'applicazione e l'implementazione dei Regolamenti REACH e del CLP sul proprio territorio, la gestione dei programmi di controllo e la definizione delle attività di vigilanza. Queste nuove competenze hanno costituito l'occasione per formare e aggiornare nuove figure professionali, per creare sinergie e collaborazioni tra i vari Enti preposti al controllo sulle sostanze chimiche, alla tutela dell'ambiente e alla salvaguardia della salute dei cittadini attuando un sistema di conoscenze multidisciplinari integrate, hanno fornito inoltre lo stimolo ad implementare l'attività analitica dei laboratori e a valutare ulteriori problematiche connesse ai rischi da agenti chimici, cancerogeni e mutageni negli ambienti di lavoro.

Alla luce della necessità di valutare vecchi e nuovi rischi sia per la salute che per la sicurezza, dell'aumento del numero di sostanze di uso industriale, della necessità di avviare un percorso di vigilanza e controllo e di diffondere strumenti validi di valutazione del rischio e di buone prassi, si ravvisa la necessità di sviluppare ulteriormente le capacità di vigilanza, controllo ed ispezione, rafforzando ed uniformando le procedure di valutazione adottate dagli operatori e condividendo le esperienze e le problematiche rinvenute sul territorio.

La realizzazione e l'esito di un Piano Mirato di Prevenzione costituisce il presupposto conoscitivo per individuare concrete azioni di miglioramento dei protocolli operativi e proporre nuove collaborazioni interistituzionali finalizzate allo sviluppo di ispezioni integrate basate su diverse norme di settore (Regolamenti europei relativi a Fitosanitari, Biocidi, Cosmetici e Detergenti) e stimolare l'attuazione dei Regolamenti REACH e CLP (miglioramento della *compliance*) consolidando la consapevolezza degli adempimenti in capo alle imprese o ai vari soggetti coinvolti.

Il Piano consisterà in

- Attività di informazione alle aziende
- Distribuzione di una scheda di autovalutazione, utilizzabile dall'azienda per verificare lo stato di partenza della propria realtà
- Campagna di vigilanza, orientata in prima istanza alle aziende che non abbiano provveduto all'invio all'ASL della scheda di autovalutazione e successivamente ad un campione delle altre aziende.

PROGRAMMA	PP06
TITOLO AZIONE (2 di 3)	Piano mirato della prevenzione "Sicurezza nella movimentazione di materiali e merci"
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A PROMUOVERE LA SICUREZZA E LA TUTELA DELLA SALUTE DEI CITTADINI, LAVORATORI E CONSUMATORI
SOTTOCATEGORIA	6.1 Organizzazione/miglioramento/sviluppo delle attività di



PRINCIPALE	controllo/ispezione/vigilanza
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età lavorativa
SETTING	ambiente di lavoro

DESCRIZIONE

Il Piano Mirato di Prevenzione "Sicurezza nella movimentazione di materiali e merci" ha lo scopo di migliorare la gestione della sicurezza nella movimentazione merci/materiali all'interno delle aziende, partendo dall'analisi degli infortuni occorsi.

Infatti, circa un quinto degli infortuni indagati nell'ultimo quinquennio sono correlabili alle attività di movimentazione delle merci e dei materiali.

La finalità del Piano Mirato è quella di assistere le aziende, coinvolgendo i vari attori della sicurezza, nel trovare soluzioni utili al miglioramento delle condizioni di lavoro riducendo i rischi connessi alla movimentazione delle merci. Di questi il 29% è associato all'utilizzo di macchine per il sollevamento/trasporto delle merci e dei materiali. Le dinamiche di infortunio più frequenti riguardano l'investimento o lo schiacciamento da parte del materiale sollevato/trasportato e la collisione con i mezzi utilizzati per la movimentazione (sollevamento e trasporto) dei materiali. Gli investimenti da materiali (caduta di gravi), in particolare, rappresentano il 61% degli infortuni correlabili alla movimentazione delle merci e dei materiali. Le cause di tali eventi possono essere conseguenti a diversi fattori: - inidoneità dei mezzi e degli accessori utilizzati per la movimentazione - inadeguatezza degli spazi ove avvengono le attività di movimentazione - formazione e informazione specifica degli addetti insufficiente o inefficace - mancata organizzazione/programmazione della movimentazione. Sebbene le attività di movimentazione materiali/merci siano presenti, anche se in diversa misura, in tutti i settori produttivi, e che gli eventi infortunistici legati a tali operazioni siano frequenti, il piano mirato della prevenzione in oggetto riguarderà inizialmente aziende appartenenti a settori di trasporto e movimentazione merci [esempio: Ateco: 46.3 (commercio all'ingrosso di prodotti alimentari, bevande), 46.4 (commercio all'ingrosso di beni di consumo finale), 46.5 (commercio all'ingrosso di prodotti alimentari, bevande), 46.9 (commercio all'ingrosso n.s.), 47 (commercio al dettaglio), 52.1 (magazzinaggio e custodia), 52.2 (attività di supporto ai trasporti)].

Partendo da queste osservazioni è stato programmato l'avvio di un Piano Mirato di Prevenzione specifico per la movimentazione manuale dei carichi nel settore della logistica con l'obiettivo di elaborare misure di miglioramento per la salute e sicurezza dei lavoratori, individuando soluzioni organizzative, tecniche e procedurali che possano determinare ipotesi di buone prassi riconosciute e ufficializzate a livello nazionale.

Lo strumento scelto, come previsto dai Piani mirati della prevenzione, è una scheda di autovalutazione che prevede una sezione di igiene del lavoro accanto a quella dedicata alla analisi della gestione degli spazi, delle attrezzature, della formazione, ecc. La scheda sarà utilizzata in maniera particolare per valutare le sezioni del DVR dedicate al rischio specifico e per raccogliere dati relativi alle prescrizioni dei Medici Competenti a seguito della sorveglianza sanitaria.

La scheda sarà presentata in appositi incontri informativi (in presenza o in video conferenza a seconda dell'andamento epidemico).



Dopo l'incontro/videoconferenza, le aziende a cui è stata presentata la check list avranno 30 gg per compilare la stessa e restituirla al Servizio PSAL. Le schede pervenute saranno analizzate, con la creazione di un report che sarà presentato alle imprese coinvolte.

A questa prima fase di informazione e assistenza, seguirà una seconda fase nella quale le aziende coinvolte nel piano saranno oggetto di controlli a campione, utili a verificare le misure adottate ai fini della riduzione del rischio specifico; in particolare saranno effettuati sopralluoghi presso aziende NO responder alla scheda di autovalutazione e sopralluoghi/audit in una piccola selezione di aziende che invece hanno risposto.

Per l'individuazione delle aziende da coinvolgere si utilizzeranno gli archivi dei Flussi Informativi INAIL Regioni, con l'applicazione di diversi criteri (codice ATECO, Comparto e numero di addetti) ed una randomizzazione casuale.

AZIONE EQUITY

PROGRAMMA	PP06
TITOLO AZIONE (3 di 3)	Piano Mirato di Prevenzione "Adeguatezza dei percorsi formativi obbligatori dei lavoratori in materia di igiene e sicurezza sul lavoro"
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A PROMUOVERE LA SICUREZZA E LA TUTELA DELLA SALUTE DEI CITTADINI, LAVORATORI E CONSUMATORI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	6.1 Organizzazione/miglioramento/sviluppo delle attività di controllo/ispezione/vigilanza
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età lavorativa
SETTING	ambiente di lavoro

DESCRIZIONE

La formazione dei lavoratori è argomento strategico per una corretta gestione della salute e della sicurezza del lavoro. Spesso le indagini effettuate per infortuni o malattie professionali evidenziano azioni insicure dovute ad una mancata o insufficiente formazione specifica sui rischi propri della mansione svolta dai lavoratori interessati dall'evento.

In tutti i casi, proprio per evidenziare l'importanza di una formazione efficace come strumento portante ed insostituibile del sistema di "Prevenzione e Protezione", negli Accordi citati sono state definite anche le metodologie per la erogazione dei diversi percorsi formativi.

Secondo la Cassazione, chi ha obblighi di sicurezza verso i lavoratori deve *"attivarsi e controllare fino alla pedanteria che tali norme siano assimilate dai lavoratori nella ordinaria prassi di lavoro"*, questo perché *"gli obblighi che gravano sul datore di lavoro, e ciò vale anche in tema di informazione e formazione, non sono limitati ad un rispetto meramente formale [...] ma esigono*



che vi sia una positiva azione del datore di lavoro volta ad assicurarsi che le regole in questione vengano assimilate dai lavoratori e vengano rispettate nella ordinaria prassi di lavoro”

La formazione, dunque, è un *‘processo educativo attraverso il quale trasferire ai lavoratori ed agli altri soggetti del sistema di prevenzione e protezione aziendale conoscenze e procedure utili alla acquisizione di competenze per lo svolgimento in sicurezza dei rispettivi compiti in azienda e alla identificazione, alla riduzione e alla gestione dei rischi’*.

Gli obiettivi della formazione di SSL riguardano:

- competenze per lo svolgimento in sicurezza dei rispettivi compiti in azienda;
- competenze per identificare, ridurre e gestire i rischi.

A questi principi si affianca anche quello della **differenziazione** affermato in più occasioni dalla giurisprudenza; pertanto, il processo formativo non deve essere di tipo generalista ma deve essere specifico e riguardare i **rischi, le procedure e le azioni** relative alle **mansioni** svolte dal soggetto da formare all'interno dall'azienda.

L'**adeguatezza**, quindi, è legata in primo luogo alla sussistenza di questo requisito fondamentale con il risultato che la mera partecipazione dei lavoratori o dei preposti unicamente a un corso di base incentrato sugli obblighi e gli aspetti generali della prevenzione senza alcun riferimento alla **situazione effettiva** dell'azienda e alle singole mansioni svolte in concreto – oltre che agli esiti della valutazione dei rischi – rende inadeguato il processo formativo in quanto non assicura le necessarie competenze per una reale tutela del diritto alla salute del cittadino-lavoratore.

Non pare pleonastico, in proposito, rammentare che l'art. 37 c.1 del D.Lgs. 81/08 prevede che *“il datore di lavoro assicura che ciascun lavoratore riceva una formazione sufficiente e adeguata in materia di salute e sicurezza, anche rispetto alle conoscenze linguistiche.”* e al comma 13 che *“il contenuto della formazione deve essere facilmente comprensibile per i lavoratori e deve consentire loro di acquisire le conoscenze e competenze necessarie in materia di salute e sicurezza sul lavoro.”*

Ove la formazione riguardi lavoratori immigrati, essa avviene previa verifica della comprensione e conoscenza della lingua veicolare utilizzata nel percorso formativo.”

Per questo motivo si ritiene necessario avviare un Piano Mirato di Prevenzione "Adeguatezza dei percorsi formativi obbligatori dei lavoratori in materia di igiene e sicurezza sul lavoro". Particolare attenzione viene posta sul modo d'intendere e di fare formazione, sia nella progettazione che nell'utilizzo di un approccio interattivo che comporti la centralità del sistema di prevenzione aziendale e del lavoratore nel percorso di apprendimento. Invece di chiedere sempre 'più formazione' – “come se la formazione in qualsiasi modo svolta fosse risolutiva, a prescindere” - dovremmo occuparci sempre più della **“qualità della formazione erogata”**.

Il Piano Mirato consisterà in

- Attività di informazione alle aziende, anche attraverso la stesura di una guida con lo scopo di fornire un aiuto operativo per il concreto adempimento del dovere di formazione nei confronti dei lavoratori e di stimolare i lavoratori e i loro rappresentanti sul diritto – dovere alla partecipazione attiva alle iniziative proposte



- Distribuzione di una scheda di autovalutazione, utilizzabile dall'azienda per verificare lo stato di partenza della propria realtà permettendo di individuare eventuali aree di miglioramento
- Campagna di vigilanza, orientata in prima istanza proprio sugli aspetti contenuti nella scheda di autovalutazione, tra i quali una parte fondamentale è riservata alla figura dei docenti-formatori; in particolare sarà oggetto di specifica vigilanza l'attinenza del piano formativo alle risultanze ottenute dalla valutazione dei rischi.

MONITORAGGIO DELL'AZIONE EQUITY-ORIENTED

OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Informazione datori di lavoro PMP
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	<p>I datori di lavoro saranno invitati ad un incontro informativo (in presenza o da remoto) per agevolare le imprese nella pianificazione e realizzazione della formazione dei lavoratori in materia di igiene e sicurezza sul lavoro, che sia attenta alle eventuale differenze linguistiche e che sia rivolta a tutti i lavoratori indipendentemente dalla stabilità dell'impiego, in modo tale che la formazione rappresenti non un costo ma un investimento per il reale miglioramento delle condizione e delle modalità lavorative.</p> <p>A tale attività informativa saranno invitati anche gli RSPP e gli RLS, che dovrebbero avere un ruolo predominante nella progettazione e pianificazione della formazione.</p>
ATTORI COINVOLTI	<p>Asrem, U.O.C. PSAL</p> <p>Datori di Lavoro (aziende con meno di 50 addetti)</p> <p>RSPP aziendali</p> <p>RLS aziendali</p>
INDICATORE	<p>Numero dei datori di lavoro informati</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formula: Numero dei datori di lavoro informati (aziende con meno di 50 dipendenti) • Standard tutti • Fonte ASREM
OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Autovalutazione dei percorsi formativi
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	<p>Verrà somministrato a tutte le aziende invitate (con numero di dipendenti inferiore a 50) un questionario di autovalutazione che indaga diverse aree:</p> <ul style="list-style-type: none"> - assetto e strutture di prevenzione all'interno dell'azienda - ricognizione sulla formazione, ai sensi degli accordi stato-regioni - verifica del Piano Formativo (coinvolgimento delle figure aziendali, rilevazione dei bisogni formativi, valutazione dell'efficacia delle iniziative di formazione, ecc.)



	<ul style="list-style-type: none"> - verifica dei docenti (requisiti) - verifica dell'organizzazione della formazione (metodologia formativa utilizzata, contenuti specifici, aggiornamento)
ATTORI COINVOLTI	Datori di Lavoro RSPP RLS
INDICATORE	Percentuale di Autovalutazione <ul style="list-style-type: none"> • Formula: Numero di autovalutazioni eseguite dai datori di lavoro informati / Numero dei datori di lavoro che hanno ricevuto l'informativa X100 • Standard 40% • Fonte ASREM
OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Vigilanza su aziende che non hanno fatto l'autovalutazione
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	<p>Saranno eseguite verifiche su:</p> <ul style="list-style-type: none"> - assetto e strutture di prevenzione all'interno dell'azienda - ricognizione sulla formazione, ai sensi degli accordi stato-regioni - verifica del Piano Formativo (coinvolgimento delle figure aziendali, rilevazione dei bisogni formativi, valutazione dell'efficacia delle iniziative di formazione, ecc.) - verifica dei docenti (requisiti) - verifica dell'organizzazione della formazione (metodologia formativa utilizzata, contenuti specifici, aggiornamento) <p>Nel caso siano accertate inosservanze, il DLgs 81/2008 non prevede la possibilità di procedere direttamente nei confronti dei docenti-formatori o delle società erogatrici dei corsi: l'unica azione prevista è nei confronti del Datore di Lavoro che non ha formato i propri lavoratori secondo il dettato di cui all'art.37 del DLgs 81/2008. Qualora, però, il controllo rilevasse irregolarità commesse da soggetti formatori (ad es. assenza dei requisiti di docenti-formatori in violazione dell'art. 76 del DPR 445/2000) s'invierà segnalazione alla Procura della Repubblica, affinché proceda nei loro confronti per i reati di volta in volta ravvisabili a loro carico (art. 494 CP, 495 CP, etc.). Inoltre se si tratta di soggetti formatori legittimati o accreditati a livello regionale sarà inoltrata apposita segnalazione ai competenti uffici per eventuali seguiti di competenza.</p>
ATTORI COINVOLTI	Personale U.O.C. PSAL ASReM; Datori di lavoro; RSPP; RLS
INDICATORE	Controlli sulle aziende inadempienti <ul style="list-style-type: none"> • Formula: Esecuzione dei controlli • Standard Esegui i controlli su tutte le aziende che non hanno eseguito l'autovalutazione • Fonte ASREM
OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Predisposizione di linee guida



STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	<p>Di concerto con le istituzioni interessate e con le associazioni datoriali interessate, sarà emessa una Guida (linea Guida) per la formazione in tema di salute e sicurezza sul lavoro.</p> <p>La Guida si propone quale strumento a disposizione dei soggetti della sicurezza e vuole offrire una chiave di lettura organica ed unitaria delle diverse disposizioni normative, agevolando, al tempo stesso, l'elaborazione di idonei pacchetti formativi conformi alle nuove disposizioni di legge.</p> <p>Verranno analizzate le più moderne metodologie didattiche, già applicate nella maggior parte dei Paesi Europei, per progettare, attraverso un insegnamento aperto di tipo flessibile, interventi formativi finalizzati e mirati sulle reali esigenze dei soggetti della sicurezza.</p> <p>L'obiettivo è quello facilitare la costruzione di percorsi formativi collegati con le necessità degli operatori. Verranno poi riportate le indicazioni e le caratteristiche generali della formazione per tutti i soggetti obbligati: lavoratori, preposti, dirigenti, datori di lavoro che svolgono la funzione di addetti alle emergenze, al primo soccorso e alla prevenzione incendi, rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza, ecc.</p>
ATTORI COINVOLTI	<p>U.O.C. PSAL ASReM; Comitato Regionale di Coordinamento ex articolo 7 decreto legislativo 81/08; INAIL; Confesercenti; ACLI;</p>
INDICATORE	<p>Predisposizione di linee guida</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formula:Linee guida per tutti i datori di lavoro • StandardPredisposizione linee guida per tutti i datori di lavoro • FonteASREM



3.7 PP07 Prevenzione in edilizia e agricoltura

3.7.1 Quadro logico regionale

CODICE	PP07
REFERENTI DEL PROGRAMMA	
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	MO4 Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali
MACRO OBIETTIVO TRASVERSALE DI RIFERIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> - MO4 Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali - MO5 Ambiente, Clima e Salute
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	<ul style="list-style-type: none"> - MO4-03 Redazione e ricognizione linee di indirizzo (ex art. 2 decreto 81/2008) da approvare in sede di Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato e le regioni e le PA Trento e Bolzano - MO4-04 Assicurare alle micro e piccole aziende ed alle medio e grandi aziende attività di controllo modulate secondo approcci distinti - MO4-05 Applicare alle attività di controllo i principi dell'assistenza, dell'empowerment e dell'informazione, e adottare azioni di enforcement in relazione alla capacità ed alla motivazione dell'impresa - MO4-08 Potenziare la rete di collaborazione tra professionisti sanitari medici del lavoro dei servizi territoriali e ospedalieri e MMG, per la tutela della salute del lavoratore in un'ottica di Total worker health - MO4-09 Incentivare, orientare e monitorare le azioni di welfare aziendale più strettamente connesse alla salute globale del lavoratore - MO5-03 Programmare, realizzare e documentare attività in materia di sicurezza chimica di cui al REACH/CLP (controllo, formazione, informazione e altre attività) favorendo sinergia/integrazione con attività su specifiche matrici (es. biocidi, fitosanitari, fertilizzanti, cosmetici, ecc.) o su specifici ambiti (sicurezza luoghi di lavoro, igiene in ambienti di vita, sicurezza alimentare) - MO5-04 Rafforzare, nell'ambito delle attività concernenti gli ambienti di vita e di lavoro, le competenze in materia di valutazione e gestione del rischio chimico - MO5-07 Promuovere e implementare le buone pratiche in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nella costruzione/ristrutturazione di edifici, anche in relazione al rischio chimico e al radon - MO5-10 Potenziare le azioni di prevenzione e sanità pubblica nel settore delle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti naturali e antropiche
LINEE STRATEGICHE DI INTERVENTO	<ul style="list-style-type: none"> - MO4LSg Promuovere il coordinamento e la programmazione dell'attività di vigilanza e prevenzione



	<ul style="list-style-type: none"> - MO4LSH Definire strategie di intervento (vigilanza e prevenzione) fondate sull'analisi di contesti produttivi, socio-economici ed epidemiologici, mirati a fattori di rischio e/o comparti e/o circostanze di rischio ed esposizione prioritari - MO4LSi Diffusione e utilizzo delle evidenze sulle modalità di accadimento degli infortuni e sulle azioni efficaci di prevenzione delle medesime, in particolar modo in settori a maggior rischio di infortuni gravi e mortali quali edilizia e agricoltura - MO4LSk Promuovere la capacità di migliorare le valutazioni di tipo ergonomico/organizzativo secondo normativa e linee di indirizzo, anche in un'ottica di semplificazione dei processi - MO5LSk Interventi di formazione specifica sull'applicazione di buone pratiche in edilizia indirizzate agli operatori dei Dipartimenti di prevenzione ed ai diversi portatori di interesse - MO5LSy Interventi integrati sulla salute e sicurezza nei luoghi di vita e di lavoro, con particolare riferimento ai comparti edilizia, agricoltura, mare
LEA	<ul style="list-style-type: none"> - B03 Valutazione igienico-sanitaria degli strumenti di regolazione e pianificazione urbanistica - B13 Tutela della salute dai rischi per la popolazione derivanti dall'utilizzo di sostanze chimiche, miscele ed articoli (REACH-CLP) - C01 Sorveglianza epidemiologica dei rischi e dei danni correlati al lavoro - C02 Cooperazione del sistema sanitario con altre istituzioni e con le rappresentanze sindacali e datoriali, per la realizzazione di programmi intersettoriali - C03 Prevenzione dei rischi per la sicurezza e la salute nei luoghi di lavoro - C04 Promozione del miglioramento della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro - C05 Prevenzione delle malattie lavoro correlate e promozione degli stili di vita sani - C06 Sorveglianza degli ex-esposti a cancerogeni e a sostanze chimiche/fisiche con effetti a lungo termine - D03 Procedura di registrazione e autorizzazione delle aziende zootecniche, Geo-referenziazione delle aziende - D06 Sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive diffuse animali

3.7.2 Sintesi del Profilo di salute ed equità ed Analisi di contesto

In Italia, il **settore agricolo** detiene, ancor oggi, il triste primato degli infortuni, spesso mortali, durante lo svolgimento dell'attività lavorativa. L'agricoltura supera, quanto ad incidenti, anche il settore edile e quello della cantieristica, tradizionalmente caratterizzati da una percentuale di sinistri elevata. Con il termine "agricoltura – settore primario", si intende un insieme di diverse attività, che coinvolgono molteplici operatori del settore (es. preparazione del terreno, dissodamento, aratura e concimazione, silvicoltura, raccolta e trasformazione dei prodotti sul posto (mietitura, trebbiatura,



Gli spazi agricoli sono teatro del **39%** degli incidenti mortali e sono al **primo posto** per numero di infortuni e di morti nelle statistiche dell'Inail e degli Spisal regionali. Negli ultimi **quattro anni**, il **42%** delle morti bianche è avvenuto in agricoltura e la casistica conferma come sia ancora molto lungo il percorso per garantire la sicurezza e la salute sui campi e sulle attività del settore agricolo in generale.

In termini assoluti e generali, effettuando una comparazione tra il primo trimestre 2018 e 2019, si rileva un aumento del **9,3%** con un aumento di **2.900 casi** a livello nazionale sul totale delle denunce (**157.715 casi**) el settore agricolo. L'aumento riguarda tutte le zone geografiche ed in particolare il centro- sud e le isole (rispettivamente, +2,8% e +3,1%)

Quanto al luogo di nascita degli infortunati sul lavoro il **13%** dei casi di incidenti ha coinvolto lavoratori non italiani, confermando la consistente presenza di cittadini extra UE nella filiera produttiva nazionale.

Secondo i dati forniti dall'Inail con riguardo all'ultimo anno di rilevazione (2019) comparato con il 2018 e 2017:

- 2017: infortuni nelle campagne **292**; incidenti mortali 88; il 36% dei casi riguarda la sola fase della coltivazione del terreno;
- 2018: infortuni nelle campagne **651**; incidenti mortali 86;
- 2019: i decessi sono cresciuti del **39,3%** rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente
- negli anni di accadimento 2015/2017, gli infortuni sul lavoro del settore "artigiano, operai specializzati e agricoltori" per il **90%** dei casi hanno riguardato uomini, mentre il restante **10%** donne;
- la presenza straniera tra gli infortunati è pari mediamente al 13%.
- **406** denunce in agricoltura nel 2017 (22.292 nelle sole campagne) di cui: 32.985 casi di infortunio durante lo svolgimento dell'attività lavorativa e 1.421 in itinere nel percorso per recarsi al lavoro;
- il **60%** dei casi riguardano: la preparazione del terreno, il dissodamento, l'aratura (25%); l'allevamento (19%); le lavorazioni ausiliarie (13%); altro (3%).

La fascia di età maggiormente coinvolta da tali incidenti, a differenza del settore industriale, si attesta attorno ad un range alquanto "maturo" tra i **45 e i 60 anni** con punte non irrilevanti anche **oltre i 75 anni** di età.

I fattori di infortunio in agricoltura possono essere così riassunti:

- obsolescenza dei macchinari, specie nelle piccole aziende che non rispettano i requisiti essenziali di sicurezza;
- età media elevata degli agricoltori;
- irregolarità: dal rapporto dell'Ispettorato Nazionale del Lavoro emerge una preoccupante presenza di lavoratori "in nero" o del "caporalato" diffuso in determinate regioni. Il numero dei lavoratori risultati completamente privi di un contratto di lavoro è aumentato del **14%** nel 2019

La prima causa di morte è il ribaltamento del trattore (una media di 100 decessi l'anno), seguita dallo schiacciamento o incastro del guidatore all'interno di macchine agricole o per il movimento terra. La seconda causa è la caduta accidentale dei tronchi. Pratiche irregolari lungo la filiera



produttiva possono favorire reati come il **caporalato** e il **lavoro nero**, causa di insicurezza e di rischi per quanto concerne le condizioni di lavoro. Come evidenziato sopra, un'ulteriore causa di incidenti è spesso legata all'**anzianità anagrafica** di molti agricoltori e braccianti, specie nelle piccole aziende a conduzione familiare, che favorisce disattenzione nella gestione di macchine pesanti o il mancato impiego di tecnologie più all'avanguardia.

Nel quinquennio 2015-2019 il settore delle Costruzioni ha fatto registrare **una riduzione delle denunce di infortunio dell'8,7%**, che sale al 17% prendendo in considerazione solo i casi accertati positivamente dall'Inail, passati dai 35.083 del 2015 ai 29.104 del 2019. Il calo registrato dall'Istituto ha interessato **tutte le divisioni** che compongono il settore e in misura più marcata "Costruzione di edifici" (-22,9%) e "Lavori di costruzione specializzati" (-15,2%), che insieme contano il 92,4% degli infortuni avvenuti in questo ambito di attività.

La crisi del settore, già in sofferenza prima dello scoppio dell'epidemia, e l'adozione di migliori e più efficaci interventi di prevenzione nei cantieri hanno probabilmente inciso sulla riduzione del fenomeno infortunistico, che tra il 2015 e il 2019 risulta essere ben più importante di quella osservata nel complesso dell'Industria e Servizi, in cui i casi accertati nello stesso periodo sono diminuiti del 3,5%. Quasi **il 60% degli infortuni in occasione di lavoro nelle Costruzioni è avvenuto nel Nord Italia**, con il 40% concentrato in sole tre regioni: Lombardia, Emilia Romagna e Veneto. Le prime regioni del Sud che compaiono nella classifica delle più colpite sono la Puglia e la Sicilia, con rispettivamente il 4,7% e il 4,5% degli infortuni. Il 78,8% degli infortunati in occasione di lavoro del 2019 sono nati in Italia, il 5,1% in Albania e il 4% in Romania. Circa tre casi su quattro riguardano lavoratori di età compresa tra i 35 e i 64 anni. In media:

- oltre il 43% degli infortuni in occasione di lavoro del settore avviene per **perdita di controllo totale o parziale di una macchina**, di un mezzo di trasporto/attrezzatura di movimentazione, di un utensile a mano o oggetto (22,6%) e per scivolamento o inciampamento con caduta di persona (20,7%).

Oltre il 90% dei casi questi infortuni hanno provocato:

- contusioni (24,6%);
- lussazioni (23,8%);
- ferite (23,7%);
- fratture (19,4%).

Il 56,5% delle contusioni interessa gli arti superiori e inferiori e, in particolare, la mano, mentre le lussazioni riguardano in maggioranza quelli inferiori (53,9%), soprattutto la caviglia e il ginocchio. In caso di frattura, invece, a essere più colpiti sono mano e piede, mentre le ferite interessano prevalentemente gli arti superiori (65,7% dei casi) e la testa (19,3%).

Il settore Costruzioni, con il **18,3% delle malattie professionali denunciate all'Inail nel 2019** è quello che contribuisce maggiormente, dopo il manifatturiero (21,2%), al numero totale dei casi denunciati all'Istituto nell'Industria e servizi. Nel corso dell'ultimo quinquennio, in particolare, le Costruzioni sono passate dalle **7.493 denunce del 2015 alle 9.016 nel 2019**, con un incremento



percentuale del 20,3%, molto più alto rispetto al +7,6% dell'intera gestione dell'Industria e servizi, passata da 45.813 a 49.277 casi.

I dati di alcune recenti statistiche riferite al biennio 2017–2018 collocano le due province molisane, Isernia e Campobasso, rispettivamente al secondo ed al terzo posto, dopo Crotone, per numero di infortuni sul lavoro. In particolare, il settore agricolo risulta quello in cui si verifica la più alta incidenza di incidenti gravi e/o mortali, rendendo oltremodo necessaria ed urgente un'opera di sensibilizzazione degli operatori e degli addetti ai lavori, per cercare di limitare questo triste primato con il costo sociale che ne consegue a carico, ovviamente, di tutta la collettività. È necessario che gli enti che, a vario titolo, gravitano ed operano in agricoltura si attivino per mettere in campo un processo virtuoso in grado di porre un freno a questo gravissimo problema che, nella nostra regione, ha raggiunto livelli decisamente preoccupanti che non possono essere sottovalutati.

Da Gennaio a ottobre 2018 l'Istituto nazionale Assicurazione Infortuni sul Lavoro ha registrato 1807 denunce di infortunio. Nella provincia di Campobasso le denunce prese in carico sono state 1310, a Isernia invece 497. Il settore in cui, come sempre, si registrano più infortuni è quello dell'agricoltura. Segue il terziario con 243 denunce e l'industria con 228 episodi. Dei 1807 casi, 65 sono quelle inoltrate per cittadini extra comunitari.

Gli uomini sono quelli che hanno denunciato più infortuni. Ben 1103 contro le 704 denunce da parte del genere femminile. La fascia di età più colpita è quella che va dai 55 a 59 anni. Tra le 1807 denunce 12 sono mortali, 8 nel settore dell'Industria, 4 in agricoltura. 9 gli infortuni mortali in provincia di Campobasso, 3 a Isernia. Rispetto al 2017 si è registrato un incremento anche per quanto riguarda i decessi in seguito a infortuni. Nei primi 8 mesi del 2021, nel periodo gennaio-agosto, c'è stato un aumento delle denunce di infortunio nel loro complesso, un calo di quelle mortali e una risalita delle malattie professionali rispetto allo stesso periodo del 2020.

La programmazione degli interventi di prevenzione negli ambienti di lavoro si basa sull'individuazione dei settori e delle situazioni a maggior rischio per i lavoratori (graduazione del rischio) basandosi essenzialmente sulla probabilità che i lavoratori hanno di subire danni alla salute da esposizione professionale.

Considerando esclusivamente il fenomeno infortunistico, l'individuazione delle priorità di intervento considera due esigenze concomitanti: da una parte la frequenza degli infortuni ovvero il rischio individuale (per il singolo lavoratore della ditta) di subire un infortunio, dall'altra la gravità degli infortuni, ovvero il carico complessivo di danni che quella ditta produce tra i suoi lavoratori.

A parità di livello di rischio esistono categorie di lavoratori particolarmente suscettibili a subire danni per esposizioni a rischi lavorativi.

Considerando gli infortuni sul lavoro per classi di età, si osserva che **la quota di infortuni gravi sul totale degli infortuni aumenta con l'aumentare dell'età.**

Limitando l'attenzione ai fattori di rischio ergonomico e a quelli legati allo stress lavoro-correlato, è evidente **la differente suscettibilità legata al genere.**

Il Paese di provenienza influisce in maniera evidente sulla possibilità dei lavoratori di accedere ai servizi necessari a garantire il loro diritto alla salute e alla sicurezza.



In particolare tra i gruppi più a rischio ci sono: i disoccupati, i precari e coloro che svolgono lavori manuali o con una bassa qualifica.

Le persone più soggette al rischio di perdere il lavoro e/o di non trovarlo sono generalmente uomini, nelle fasce di età estreme (giovani e anziani), con un basso titolo di studio e meno qualificati.

La disoccupazione determina la perdita della continuità del reddito e quindi la disponibilità di risorse materiali per affrontare gli imprevisti di malattia e progettare un futuro significativo.

Chi è disoccupato **fuma di più, abusa più spesso di alcol ed è più sedentario**, tutti fattori di rischio per molte malattie, incluse quelle circolatorie, respiratorie, metaboliche e tumorali, e per la mortalità generale. E anche più soggetto a stress, ansia e depressione, che possono essere responsabili dei più alti tassi di suicidio (nel breve periodo).

La maggior flessibilità e mobilità delle persone tra posti di lavoro diversi ha ridotto il ruolo protettivo svolto dall'esperienza lavorativa, in particolare contro i rischi di infortuni.

In particolare le minacce per la salute dei lavoratori precari dipendono:

- **dall'aumento del rischio di morti alcol-correlate** per entrambi i sessi e di morte per fumo negli uomini; i rischi sono significativamente più elevati se il lavoro temporaneo e involontario e se è associato a insoddisfazione;
- problemi di salute mentale, come aumento dell'ansia e dello stress e del consumo di antidepressivi;
- **aumento del rischio di infortuni e di patologie all'apparato muscolo scheletrico;**
- peggioramento della salute percepita.

Le persone con basso livello di istruzione tendono a essere impiegate in lavori manuali o in professioni a bassa qualifica.

I lavoratori impiegati in professioni a bassa qualifica sono più esposti a fattori di rischio fisici, chimici, biologici e/o ergonomici, nonché al rischio di infortuni. Il rischio è maggiore in alcuni settori – **edilizia, agricoltura**, trasporti, industria estrattiva – e in mansioni contraddistinte dalla più frequente presenza di posture scorrette e movimenti ripetitivi, in cui sono più spesso occupati lavoratori in bassa posizione socioeconomica.

Alcune disuguaglianze si sono accentuate con la pandemia da Sars CoV2. Tra le categorie più svantaggiate vanno segnalate quelle dei lavoratori immigrati e delle donne. Il tasso di occupazione dei migranti, fenomeno ovviamente connesso ai settori precipui di attività in cui questi ultimi sono correntemente impiegati (edilizia, agricoltura, lavoro di cura, commercio al dettaglio, ecc.), ma anche alla tipologia dei contratti di lavoro che li caratterizzano. Altra categoria che ha subito maggiori conseguenze negative sono le donne che hanno visto diminuire ancora i loro già non elevati tassi di occupazione.

L'ultimo rapporto annuale della Banca d'Italia sull'andamento dell'economia molisana, pubblicato nel novembre 2020, ha messo in luce come la crisi globale provocata dalla pandemia di Covid-19 abbia determinato anche in Molise un brusco peggioramento del quadro economico, anche nel settore delle costruzioni. Secondo i dati forniti dalle casse edili molisane, nei primi otto mesi del 2020 le ore lavorate sono diminuite di circa un quinto rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente; su tale andamento ha inciso soprattutto la netta caduta rilevata nel bimestre marzo-



aprile a seguito del blocco dei cantieri. Confrontando tali dati con la precedente indagine pubblicata a giugno 2020, si segnala che nel 2019 il settore delle costruzioni aveva mostrato una moderata ripresa dell'attività, favorita dal progressivo recupero delle transazioni sul mercato immobiliare.

Tuttavia, questo trend sembra invertito nel corso del 2021; il terzo trimestre dell'anno si chiude con un segno positivo all'anagrafe delle imprese del Molise grazie anche all'impatto dei bonus e superbonus nel comparto dell'edilizia.

Tra settembre 2019 e settembre 2021, infatti, il comparto edile regionale è cresciuto complessivamente di 91 unità, pari ad una variazione relativa di +2,19%, anche se questo dato risulta inferiore di più di un punto percentuale rispetto alla crescita nazionale (+3,5%).

In linea generale, secondo l'analisi trimestrale Movimprese, condotta da Unioncamere e InfoCamere, sui dati del Registro delle Imprese delle Camere di Commercio, a spingere sulla vitalità del sistema imprenditoriale nel terzo trimestre 2021 sono state le costruzioni che, con 6.200 imprese in più (+0,95% rispetto a fine giugno), hanno contribuito per il 28% al bilancio positivo del periodo.

Per il prossimo anno, tuttavia, prevalgono tra gli imprenditori previsioni di un ritorno alla crescita dei livelli di attività, legata alle risorse per l'efficientamento energetico e la messa in sicurezza del patrimonio immobiliare (superbonus).

Come già illustrato, il settore delle costruzioni e l'intera filiera dei materiali sia a livello internazionale che a livello nazionale continua ad essere attraversata dalla crisi, a cui si tenta di reagire con cambiamenti tecnologici e di mercato sempre più marcati.

La crisi ha sicuramente favorito l'aumento delle discrasie in un sistema produttivo che da una parte vede punte di eccellenza, con innovazione e cambi di modello, dall'altra invece evidenzia il ricorso al lavoro nero, al dumping, e denota scarsa attenzione a qualità e sicurezza.

Infatti, si va assistendo ad una forte riconfigurazione del mercato, guidata da processi sia di innovazione tecnologica che di cambio del prodotto (con una forte integrazione tra costruzioni-manutenzione-impianti-servizi), ridisegnando la mappa della domanda, dell'offerta e del lavoro.

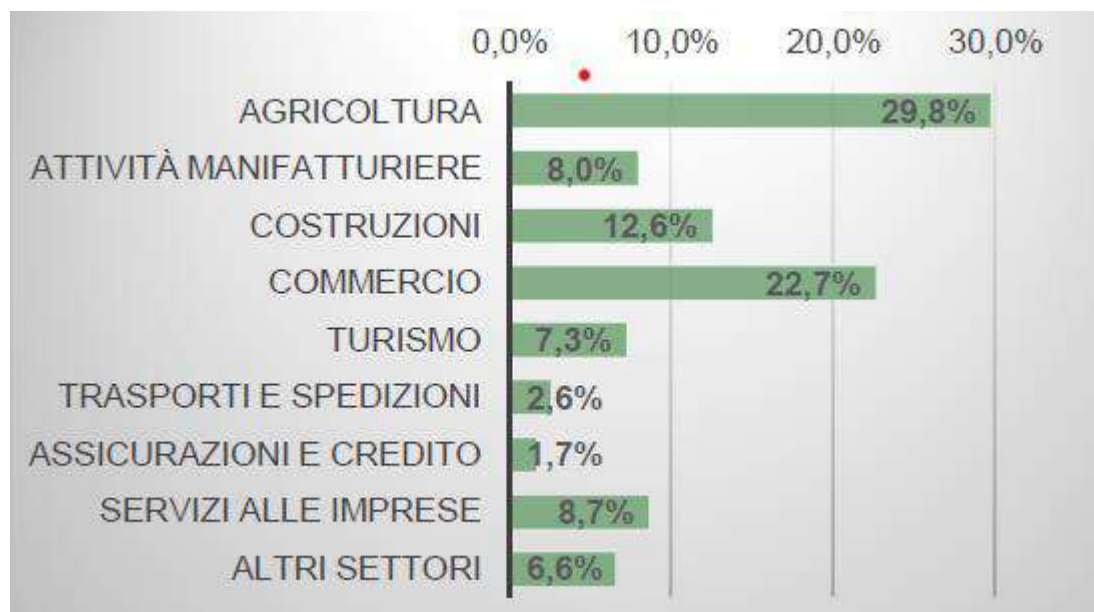
In quest'ottica di riconfigurazione, molte sono le imprese che tentano la sopravvivenza; già fragili in sé, presentano diverse negatività: nanismo, sotto capitalizzazione, difficoltà di accesso al credito, e provano a resistere attraverso un'ulteriore frammentazione della loro organizzazione (ricorso a partite Iva, a lavoratori saltuari, subappalto), riduzione di investimenti, lavoro nero, dumping contrattuale, "sotto dichiarazioni" di ore (quando restano nel sistema edile). Spesso sono proprio le imprese più serie e strutturate quelle che non riescono a sopravvivere a questi cambiamenti, come dimostra la scomparsa di fatto delle imprese di medie dimensioni, le quali hanno sempre rappresentato la forza del settore.

La capacità di "controllo sociale" nel cantiere diventa quindi difficile ed è compromessa dalle attuali tendenze sopra descritte; contro tale processo occorre una strategia complessiva di "ricomposizione", gestita, anche e soprattutto, dalla bilateralità soprattutto in termini di equità sociale e di incremento dei livelli di salute e sicurezza sul luogo di lavoro.

Nell'immediato futuro, con l'approvazione del Piano di Ripresa e Resilienza, approvato nel 2021, sono previsti ingenti finanziamenti per lo sviluppo di alcune importanti misure, tra cui il rinnovamento delle infrastrutture e della mobilità, e la riqualificazione edilizia residenziale pubblica, nonché quella scolastica; queste misure vedranno ovviamente impegnate le imprese del comparto edilizio e garantiranno anche la crescita del tasso degli occupati nel medesimo settore. Questa previsione deve spingere le Istituzioni coinvolte nelle attività di gestione, promozione e salvaguardia della salute e della sicurezza dei lavoratori ad un maggior impegno nella tutela dei lavoratori di questo settore che, come noto, anche in Molise è gravato da un tasso di infortuni gravi ancora alto.

La realizzazione delle misure previste sarà ovviamente possibile soltanto investendo sulle persone, sulla loro formazione, anche e soprattutto in tema di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro, e con il coinvolgimento in prima linea degli enti locali.

Nel 2021, a livello settoriale, le risorse per l'efficientamento energetico e la messa in sicurezza del patrimonio immobiliare (superbonus) sembrano aver inciso sulla vitalità del settore delle costruzioni, che tra luglio e settembre, registrano un incremento di +15 imprese, rispetto alle +4 di un anno fa; Al contrario dinamiche negative si registrano ancora nell'agricoltura (-27 unità). Ciononostante, le imprese nel settore dell'agricoltura rappresentano circa il 30% del totale, mentre quelle delle costruzioni si attestano a circa il 13%.



Il settore agricolo, nonostante una costante contrazione registrata negli ultimi anni, incide per il 5,3% nella formazione del valore aggiunto regionale, rispetto ad una media nazionale pari al 2,6%.

Diminuisce, al contrario, il peso dell'industria anche rispetto a quelli che sono i valori nazionali: il ridimensionamento è dovuto in larga parte, e soprattutto negli ultimi anni di analisi, alla performance negativa delle costruzioni, che in passato incidevano in maniera più decisa alla formazione del V.A. totale regionale.



Complessivamente il settore agricolo conta circa 28.000 aziende ed occupa ben 9.600 lavoratori, una cifra pari a circa l'8% del totale regionale e doppia rispetto allo stesso valore a livello nazionale. Un dato che testimonia una forte e radicata tradizione agricola della regione e una capacità del settore, seppur affievolitasi rispetto al passato, di assorbire ancora quote consistenti di forza lavoro.

Nel 2019 le stime elaborate dall'ISTAT relative alla produzione di beni e servizi per settore di attività agricola segnano un incremento, seppur lieve (+0,6%) rispetto all'anno precedente, della produzione agricola regionale attestandosi complessivamente a 534,7 milioni di euro in valori correnti. Il valore della produzione analizzato per settore di attività agricola risulta composto per il 42% dalle coltivazioni (+1% rispetto al 2018), per il 34% dagli allevamenti zootecnici (-1,4%) e per il rimanente 18% dalle attività di supporto all'agricoltura in aumento del 1,9%, espressione dell'interesse sempre più crescente delle aziende agricole regionali alla diversificazione delle attività.

Un quadro informativo dettagliato sui redditi e sul funzionamento economico delle aziende agrarie in Molise è fornito dall'analisi dei dati contabili RICA riportati all'universo delle aziende agricole costituenti il campo di osservazione, composto di 6.306 aziende per l'esercizio contabile 2019. Al pari di quanto emerso nel precedente rapporto, il risultato complessivo della gestione aziendale e i principali aggregati economici che ne determinano la formazione mostrano valori medi inferiori a quelli osservati a livello nazionale (-33,1% i ricavi totali, -22,7% il reddito netto), espressione di un contesto agricolo regionale che continua a caratterizzarsi per la presenza di aziende di piccola dimensione economica (59,3%) e per la preminente adozione di indirizzi produttivi poco remunerativi. Osservati rispetto alla media del triennio 2016-2018, i dati rilevano una performance produttiva e reddituale positiva (+6,2% i ricavi totali, +5,7% il reddito netto), quest'ultima in controtendenza rispetto all'andamento osservato a livello nazionale.

Nel 2019 la manodopera prestata nelle aziende agricole regionali, composta in media da 1,23 unità di lavoro, risulta in diminuzione del 3,9% rispetto al triennio precedente, ed in misura decisamente più consistente con riferimento al dato nazionale. Dall'analisi della composizione della manodopera aziendale, la componente familiare si conferma prevalente (86% del totale), seppur in calo del 5,6%, mentre l'impiego della manodopera extrafamiliare mostra un andamento positivo (+1,7%), tuttavia in valore assoluto (0,17 unità di lavoro) tale impiego è nettamente inferiore a quello prestato dalla manodopera familiare attestandosi al di sotto del dato nazionale (Tab.8).

L'evoluzione nel periodo 2016-2019 delle unità di lavoro medie della manodopera extrafamiliare impiegata nelle aziende regionali si caratterizza per un impiego della manodopera stagionale in aumento fino al 2018 e in calo nell'anno 2019 (-16,4%) e per la tenuta della manodopera salariata contrassegnata da un incremento nell'ultimo anno (+13,4%), riconducibile all'esigenza delle aziende più professionali di rafforzare la struttura aziendale in termini di manodopera esterna e continuativa impiegata per lo svolgimento delle attività agricole.

3.7.3 Scheda di programma

3.7.3.1 Descrizione dal PNP

Agricoltura ed edilizia sono tra i settori più esposti a rischio infortuni.

*Tabella - Denunce d'infortunio in occasione di lavoro per settore di attività economica e anno di accadimento.
Gestione industria e servizi Analisi della numerosità degli infortuni - Dati rilevati al 30 aprile 2019 (Fonte: INAIL)*

Settore di attività economica	Anno di accadimento									
	2014		2015		2016		2017		2018	
	vvalore assoluto	% sul totale settori	vvalore assoluto	% sul totale settori	vvalore assoluto	% sul totale settori	vvalore assoluto	% sul totale settori	vvalore assoluto	% sul totale settori
A Agricoltura, silvicoltura e pesca	33.167	00,74%	22.838	00,69%	22.628	00,63%	22.557	00,61%	22.492	00,60%
F Costruzioni	339.220	99,17%	337.024	99,04%	336.097	88,72%	335.289	88,47%	334.555	88,34%

Le modalità di accadimento più frequenti negli infortuni mortali risultano essere le cadute dall'alto e la perdita di controllo dei mezzi utilizzati, molto spesso con il loro ribaltamento, come nel caso del trattore (dato confermato anche dall'Osservatorio Infortuni mortali e gravi in agricoltura che evidenzia la permanenza negli anni di circa 100 infortuni mortali l'anno da ribaltamento del trattore tra professionali e non). Peraltro, si teme una ulteriore recrudescenza in ragione del generale invecchiamento della popolazione lavorativa. L'analisi della banca dati Infor.MO sugli infortuni dei lavoratori, inserita nei Sistemi Informativi di INAIL, curata dal Dipartimento di medicina, epidemiologia, igiene del lavoro e ambientale (Dimeila) dell'INAIL ed alimentata dalle ASL, evidenzia sul totale dei 1.256 casi registrati nel periodo 2011-2015, 442 infortuni mortali di lavoratori anziani (> 55 anni), avvenuti principalmente nel settore agricolo (44%) e nelle costruzioni (24%). Per quanto riguarda la tipologia di impresa, gli infortuni sono accaduti essenzialmente nelle micro imprese, mentre risulta bassa la quota di casi avvenuti in aziende medio grandi, cioè > 50 addetti. In aumento sono altresì le malattie professionali.

All'interno del sistema istituzionale definito al Capo II, del D. Dlgs 81/08, costituito, in particolare, dal Comitato per l'indirizzo e la valutazione delle politiche attive e per il coordinamento nazionale (art. 5), dai Comitati regionali di coordinamento (art.7) e dalla Commissione consultiva permanente (art. 6), attraverso i c.d. Piani Nazionali, si è sviluppata e consolidata nel tempo una strategia per i settori Agricoltura ed Edilizia capace di coniugare azioni di prevenzione dei rischi utili ad elevare il livello di efficacia e di efficienza dell'intervento delle ASL nelle aziende del comparto.

Il contrasto agli infortuni, ed anche alle patologie lavoro correlate, in entrambi i settori si sviluppa - a partire dall'esperienza maturata dalle Regioni nel solco dei Piani Nazionali Costruzioni ed Agricoltura all'interno di gruppi di lavoro istituiti presso il Gruppo Tecnico Interregionale SSL, e condotta in collaborazione con INAIL e con Ispettorato nazionale del Lavoro (INL) - attraverso gli strumenti sia del controllo sia dell'assistenza delle/alle imprese, valorizzando in questo modo, le linee di indirizzo già prodotte a garanzia di una più ampia uniformità di intervento su tutto il territorio nazionale.

Il Programma prevede un percorso strutturato, che coinvolga le figure strategiche della sicurezza per conto della committenza (committenti, responsabili dei lavori, professionisti, CSP/CSE) e aziendali (RSPP, Medico Competente, RLS, Rappresentanze Sindacali, ecc.) ed i lavoratori stessi, oltre che il Datore di lavoro, al fine di mettere in atto azioni efficaci e sostenibili tramite l'utilizzo di pratiche raccomandate in quanto basate su evidenze di efficacia e/o Buone Pratiche validate e criteri di sostenibilità economico-organizzativa, in tema di prevenzione degli infortuni nei cantieri edili e nel settore agricolo ed emersione delle malattie professionali nei lavoratori dei relativi comparti; a tal fine, nell'ambito delle attività del Programma Predefinito sono previsti l'implementazione e l'aggiornamento di buone pratiche e materiale documentale/informativo nel settore edile ed in agricoltura, da rendere liberamente disponibili e consultabili sui siti istituzionali tra cui, per l'edilizia, www.prevenzionecantieri.it.

Il Programma, in linea con principi e obiettivi del PNP, adotta le lenti dell'equità, secondo il modello operativo proposto dal PNP (HEA), che prevede le seguenti fasi: elaborazione del profilo di salute ed equità, identificazione di aree/gruppi a più alto rischio di esposizione o di vulnerabilità ai fattori di rischio, conseguente adeguamento/orientamento dell'intervento in termini di disegno e allocazione, valutazione di impatto.

3.7.3.2 Sintesi delle principali evidenze e buone pratiche e relative fonti

Settore AGRICOLTURA

1. Documento "Indirizzi 2013 del Comitato ex art. 5 Dlgs. 81/08 per la realizzazione nell'anno 2014 di Linee Comuni delle politiche nazionali e il coordinamento della vigilanza in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro" predisposto sulla base delle indicazioni espresse dai

Comitati regionali di coordinamento presentato alla Commissione consultiva permanente nella seduta straordinaria del 6 novembre 2013 ed approvato in Conferenza Stato Regioni nella seduta del 20/02/2014.

2. Piano Nazionale di Prevenzione in Agricoltura e Selvicoltura 2014-2018.
3. Salute e sicurezza in agricoltura. Un bene da coltivare. Atti convegno di S. Michele all'Adige, Fond. Mach, 22-23 Novembre 2018.
4. Manuale per un lavoro sicuro in Agricoltura. Regione Veneto EBAT, 2007
5. La sicurezza delle macchine agricole/forestali: attività di sorveglianza del mercato, evoluzione della normativa tecnica e novità legislative. Bologna, 3 novembre 2008 Fiera EIMA
6. Documento tecnico per l'individuazione delle buone prassi negli allevamenti bovini e suini
7. Strumenti di supporto per valutazione dei rischi in attività stagionali
8. Documento tecnico per la gestione in sicurezza degli impianti di produzione di energia elettrica da fonti rinnovabili, mediante digestione anaerobica di substrati a matrice organica, comunemente detti Biogas, nelle fasi significative della loro vita utile.
9. Schede di controllo (az. Agricole, lavori forestali, commercio macchine agricole) e strumenti di supporto
10. Manuale per la formazione del commerciante di Prodotti Fitosanitari. Regione Emilia, GTI, 2017
11. Direttiva 2009/128/CE del 21 ottobre 2009, che istituisce un quadro per l'azione comunitaria ai fini dell'utilizzo sostenibile dei prodotti fitosanitari
12. Salvati A, Bucci G, Romualdi R, Bucciarelli A. Gli infortuni e le malattie professionali in agricoltura: salute e sicurezza sul lavoro a 100 anni dall'introduzione della tutela assicurativa. Quaderni della rivista degli infortuni e delle malattie professionali. Ed INAIL, 2017
13. Fabrizi G, Barrese E, Scarpelli M, Gherardi M. Prevenzione e protezione dei lavoratori nell'utilizzo dei pesticidi in agricoltura. Gli infortuni e le malattie professionali in agricoltura: salute e sicurezza sul lavoro a 100 anni dall'introduzione della tutela assicurativa. Quaderni della rivista degli infortuni e delle malattie professionali. Ed INAIL2017.

Settore EDILIZIA

1. Intesa, ai sensi dell'art. 8 comma 6 L. 5.6.2003, n. 131, sul documento recante "Indicazioni ai Comitati Regionali di Coordinamento per la definizione della programmazione per l'anno 2014" del Comitato per l'indirizzo delle politiche attive e per il coordinamento nazionale delle attività di vigilanza in materia salute e sicurezza sul lavoro ex art. 5 D.lgs 81/08 (Rep. Atti 23 CU del 20 febbraio 2014)
2. Documento "Indirizzi 2013 del Comitato ex art. 5 D.lgs. 81/08 per la realizzazione nell'anno 2014 di Linee Comuni delle politiche nazionali e il coordinamento della vigilanza in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro" predisposto sulla base delle indicazioni espresse dai Comitati regionali di coordinamento presentato alla Commissione consultiva permanente nella seduta straordinaria del 6 novembre 2013 ed approvato in Conferenza Stato Regioni nella seduta del 20/02/2014.
3. Titolo IV del d. lgs. 81/2008 e relativi allegati
4. Piano Nazionale Edilizia 2014-2018
5. Linee di indirizzo per la vigilanza nei cantieri temporanei o mobili (Gruppo Tecnico Interregionale SSL)
6. Liste di controllo nei cantieri edili (Gruppo Tecnico Interregionale SSL)
7. Linee di indirizzo per la vigilanza nelle grandi opere (Gruppo Tecnico Interregionale SSL)
8. Guida pratica all'applicazione del titolo IV del decreto legislativo 81/08 nei lavori pubblici e nei lavori privati (Regione Sicilia, edizione 2011)

3.7.3.3 Declinazione a livello regionale del Programma

Al fine di mettere in atto azioni efficaci e sostenibili tramite l'utilizzo di pratiche raccomandate (basate su evidenze di efficacia e/o Buone Pratiche validate e criteri di sostenibilità economico-organizzativa) in tema di prevenzione degli infortuni ed emersione delle malattie professionali nei cantieri edili e nel settore agricolo, nell'ambito delle attività del Programma Predefinito PP7 è prevista l'adozione di Piani Mirati di Prevenzione e l'implementazione e l'aggiornamento di buone pratiche e materiale documentale/informativo nei suddetti settori da rendere liberamente disponibili e consultabili.

Nello specifico saranno adottati i seguenti PMP:

a. Piano Mirato di Prevenzione "Prevenzione e contrasto dell'utilizzo di alcool/sostanze stupefacenti da parte di lavoratori del settore edilizio"

La normativa riguardante l'uso di sostanze stupefacenti da parte di specifiche categorie di lavoratori ha sollevato, nei soggetti del sistema prevenzionistico aziendale, numerosi quesiti e dubbi riguardo la complessa gestione sanitaria della normativa stessa.

Stando al tenore letterale di quanto sancito dalla Legge – quadro in materia di alcol e di problemi alcol correlati, L. 30 Marzo 2001, n. 125, nonché da quanto espresso nell'allegato I dall'Intesa



Conferenza Stato – Regioni del 16/3/2006 lo **specifico divieto di assumere bevande alcoliche e superalcoliche comprende pienamente i “lavoratori addetti ai comparti dell’edilizia e delle costruzioni e tutte le mansioni che prevedano attività in quota oltre i 2 metri di altezza”**.

Oltre alle disposizioni sopra riportate, anche all’interno del D.Lgs. 81/2008 e precisamente all’art. 41 comma 4, sono compresi alcuni aspetti importanti laddove **viene fatto obbligo di ricomprendere nel percorso di sorveglianza sanitaria, anche gli esami clinici, biologici e diagnostici sul lavoratore** (non si parla di facoltà) e finalizzate alla verifica di assenza di condizioni di alcol dipendenza e di assunzione di sostanze alcoliche e psicotrope.

Pertanto, quanto definito dalla normativa di cui al Testo Unico, va ad ampliare anche la portata della stessa legge-quadro in quanto richiama, giustamente, anche il divieto di fare uso, per le categorie lavorative, di **sostanze psicotrope**. Al successivo comma 5, dello stesso articolo, il medico competente, che è l’unico ad effettuare in concreto tale opera di sorveglianza, deve redigere la cartella sanitaria con l’obbligo di riportare anche gli esiti relativi agli esami suindicati, ma anche con l’ulteriore **obbligo di esprimersi sull’idoneità stessa del lavoratore**.

Nello svolgimento delle attività lavorative le condizioni psico-fisiche del lavoratore sono un presupposto fondamentale per garantire la sicurezza del singolo e quella degli altri, sia l’assunzione di bevande alcoliche che il consumo di sostanze stupefacenti sono tra i fattori che influenzano negativamente il comportamento dei lavoratori, creando situazioni di forte rischio e condizionandone il benessere durante le ore lavorative

Nella letteratura scientifica sull’argomento è ben evidenziato che:

- l’assenteismo risulta due/tre volte più elevato tra chi usa sostanze stupefacenti e alcol in tutti i settori produttivi e soprattutto in edilizia
- l’alcol ha un ruolo importante nella mortalità ed è tra le principali cause di prepensionamento in edilizia
- nei lavoratori della edilizia si è evidenziato un eccesso di rischio di morire per cirrosi epatica e malattie alcol-correlate, compresa l’obesità
- i consumatori di alcol sono più numerosi di quelli di sostanze illegali, pertanto è più probabile che nei cantieri siano presenti lavoratori con problemi alcol correlati piuttosto che con problemi legati alle altre sostanze d’abuso
- le patologie alcol correlate più frequenti nei lavoratori edili rispetto alla popolazione generale.
- il rischio di infortuni si raddoppia anche per assunzioni modeste di alcol.

La legislazione vigente nel nostro paese ha previsto un più accurato controllo sui lavoratori che svolgono mansioni ad elevato rischio per sé e per gli altri, con l’obiettivo di disincentivare condotte pericolose. Si ritiene tuttavia che il principale strumento di contrasto delle dipendenze debba essere la sensibilizzazione degli interessati attraverso un’informazione chiara e completa, per



ottenere luoghi di lavoro liberi dalle conseguenze negative legate al consumo di alcol e sostanze stupefacenti.

Ai fini della prevenzione dei comportamenti d'abuso è determinante anche il ruolo dei Medici Competenti e dei protocolli di sorveglianza sanitaria da questi predisposti. Infatti, proprio per quanto riguarda le abitudini di vita, non è per ovvie ragioni possibile per il Medico Competente ignorare il problema legato all'assunzione di bevande alcoliche ed anche all'eventuale assunzione di stupefacenti, spesso favorita dal fatto di svolgere professioni pericolose e mal pagate, gregarie, in ambienti in cui può esistere una pressione sociale a bere, con facile disponibilità di alcol e libertà da controlli.

È importante inoltre che il Medico Competente valuti bene il consumo di farmaci che, anche se correttamente prescritti ed assunti, sono in grado di alterare la vigilanza o i tempi di reazione del lavoratore o determinare un calo della pressione o della glicemia (es. ansiolitici, sedativi e ipnotici, antidepressivi, antiistaminici, antipertensivi, ipoglicemizzanti, farmaci per l'apparato cardiovascolare)

Per quanto sopra esposto, l'adozione di un Piano Mirato di Prevenzione territoriale relativamente al contrasto del consumo di alcol/stupefacenti ha i seguenti intenti:

- fornire indicazioni sugli adempimenti e i diritti delle varie figure coinvolte;
- cercare di garantire omogeneità di comportamenti sul territorio indicando, al di là del mero dettato legislativo, buone prassi di comportamento;
- fornire informazioni sulle varie sostanze di abuso;
- fornire indicazioni sui servizi disponibili sul territorio per affrontare casi problematici;
- predisporre per le aziende una scheda di autovalutazione per verificare la propria adeguatezza rispetto agli adempimenti nei riguardi della normativa specifica.

Il Piano Mirato di Prevenzione dovrà prevedere:

- attività di informazione alle aziende;
- compilazione da parte dell'azienda di una scheda di autovalutazione specifica sul rischio legato all'uso di sostanze stupefacenti da parte dei lavoratori del settore con la finalità di verificare la propria realtà aziendale e stimolare l'eventuale miglioramento della stessa. La scheda di autovalutazione aziendale, compilata al termine delle azioni di verifica e miglioramento, è da restituire all'ASReM;
- campagna di vigilanza mirata da parte del S.C. PSAL, tramite verifiche ispettive, orientate in prima istanza alle aziende che non abbiano provveduto all'invio della scheda di autovalutazione compilata e successivamente ad un campione scelto tra le altre aziende.

- a. **Piano Mirato di Prevenzione “Trattore agricolo. Uso in sicurezza e prevenzione degli infortuni mortali”**



Pur registrando nel corso degli ultimi anni un calo degli infortuni, il settore Agricoltura presenta ancora indici di frequenza e di incidenza elevati (circa cento casi/anno) che lo collocano a ridosso dei settori più pericolosi; ai dati infortunistici Inail sono da aggiungere ulteriori casi, spesso mortali, occorsi a hobbisti, lavoratori part-time e autonomi e per i quali è prevista l'esenzione dall'obbligo assicurativo in caso di attività agricola non prevalente.

Un inarrestabile fenomeno che rappresenta un'emergenza sanitaria che va affrontata con urgenti ed appropriate misure di prevenzione.

La distribuzione degli eventi per numero di addetti è fortemente sbilanciata verso le **microimprese** (1 - 9 addetti), che nel [comparto agricolo](#) raggiungono il 93%, valore nettamente superiore al corrispondente (59%) riferito agli altri ambiti di attività. Oltre un quarto dei decessi (28%) riguarda **autonomi/titolari** senza dipendenti, seguiti da pensionati (18,9%). Negli altri settori di attività, dove è prevalente la quota dei dipendenti a tempo indeterminato, queste due modalità riguardano poco più del 15% degli eventi". E quasi la metà degli eventi del [comparto agricolo](#) (48,5%, contro il 27,4% negli altri settori) hanno riguardato autonomi (con e senza dipendenti), soci (anche di cooperative) e coadiuvanti familiari".

Anche riguardo alle **modalità di accadimento degli eventi mortali** in agricoltura, la casistica maggioritaria è la perdita di controllo di macchine/mezzi agricoli (49%, essenzialmente ribaltamenti e, in taluni casi, investimenti di operatori a terra), seguita da caduta di lavoratore dall'alto (15%), contatto con organi lavoratori in movimento (12%), avviamento inatteso/inopportuno di veicolo, macchina, attrezzatura (10%). Si sono registrati altresì casi mortali dovuti a cadute di materiali sui lavoratori durante le fasi di movimentazione e/o stoccaggio".

Per quello che riguarda i **fattori di rischio** relativi alle prime tre modalità di accadimento rilevate, a partire dalla "**perdita di controllo di macchine/mezzi agricoli**" dagli infortuni emerge che il 73,5% degli infortuni avviene durante lavorazioni agricole (fresatura terreno, sfalcio erba, trattamento con prodotti fitosanitari, concimazione, semina, prelievo/stoccaggio/movimentazione materiali, ecc.), mentre il restante 26,5% si registra nelle fasi di trasferimento da/verso il luogo di lavoro.

Per oltre i 3/4 degli infortuni, il mezzo di cui si perde il controllo è il trattore che nel 45,9% risulta essere collegato ad attrezzature (frese, trinciatrici, seminatrici, ecc.) o a cisterne e rimorchi. Nel restante 24,5% degli infortuni, i mezzi che si ribaltano sono rappresentati da [carrelli elevatori](#), motozappe, mezzi di movimentazione terra quali pale gommate, ecc".

Riguardo poi ai **fattori causali** si evidenzia che nella quasi totalità dei casi, la perdita di controllo è collegata a **errori di manovra** durante la conduzione dei mezzi (89,8%). Nel 91,8% compaiono contemporaneamente 2 o più criticità che concorrono all'incidente: agli errori di manovra spesso si associano carenze strutturali delle attrezzature di lavoro (essenzialmente assenza di sistemi di protezione del posto guida e di ritenzione del conducente) e talvolta le caratteristiche ambientali, non note all'inizio del ciclo lavorativo.

Inoltre gli errori alla guida "sono per lo più dovuti alla sottovalutazione delle caratteristiche iniziali e note dell'ambiente (es. la pendenza dei terreni, la presenza di dislivelli a ridosso dell'area di lavoro, la stabilità del terreno, ecc.) in cui si operava, ma anche a modalità di conduzione su strada dei

mezzi nelle fasi di trasferimento da/ verso il luogo di lavoro, fattori di rischio non valutati o valutati in maniera insufficiente considerando anche l'esperienza maturata dagli operatori coinvolti”.

Per quanto sopra esposto, l'adozione di un Piano Mirato di Prevenzione relativamente all'uso in sicurezza del trattore ha i seguenti intenti:

- sensibilizzare dei destinatari sull'importanza prevenzionistica del mantenimento della corretta funzionalità delle macchine e attrezzature agricole e fornire indicazioni per la realizzazione di una corretta manutenzione ordinaria da mettere in atto all'inizio della campagna agricola
- valutare diversi aspetti riferibili alle condizioni dei luoghi di lavoro, alle tipologie di macchine o mezzi da utilizzare rispetto alle lavorazioni specifiche, alle modalità operative da mettere in atto
- predisporre per le aziende una scheda di autovalutazione per verificare la propria adeguatezza rispetto agli adempimenti nei riguardi della normativa specifica.
- produzione di materiale divulgativo sia cartaceo che informatico e la sperimentazione di un'attività di sensibilizzazione sullo stato di sicurezza dei trattori agricoli

Il Piano Mirato di Prevenzione dovrà prevedere:

- attività di informazione alle aziende;
- compilazione da parte dell'azienda di una scheda di autovalutazione specifica sul rischio da attrezzature agricole utile a verificare elementi generali della gestione della sicurezza e salute nonché requisiti «basilari» che ognuna delle attrezzature analizzate deve possedere. La scheda di autovalutazione aziendale, compilata al termine delle azioni di verifica e miglioramento, è da restituire all'ASReM;
- campagna di vigilanza mirata da parte del S.C. PSAL, tramite verifiche ispettive, orientate in prima istanza alle aziende che non abbiano provveduto all'invio della scheda di autovalutazione compilata e successivamente ad un campione scelto tra le altre aziende.

3.7.4 Obiettivi e indicatori delle azioni trasversali

INTERSETTORIALITÀ

PP07_OT01	Sviluppo delle collaborazioni e delle azioni integrate: intradipartimentali tra Istituzioni (MdS, INAIL, INL, NAS, ICQRF, MiPAAF, MiSE, MiIT, MLPS, MIUR, VVF) finalizzate agli obiettivi di prevenzione; tra parti sociali e stakeholder (EE.BB, Società Scientifiche, OO.SS. e Associazioni datoriali di settore); con Ordini e collegi professionali
PP07_OT01_IT01	Operatività Comitati di Coordinamento ex art 7
formula	Confronto nei tavoli territoriali del Comitato ex. art. 7 del d.Lgs.81/08 con le parti sociali e datoriali su obiettivi e strumenti utilizzati per le attività di prevenzione, vigilanza e controllo, informazione
Standard	Almeno 2 incontri annui nei quali sia documentata la condivisione degli obiettivi e delle strategie dei PMP (livello regionale/territoriale con redazione dei relativi verbali)



Fonte	Regione
-------	---------

FORMAZIONE

PP07_OT02	Realizzazione di attività di formazione dei soggetti del sistema della prevenzione in agricoltura e in edilizia.
PP07_OT02_IT02	Formazione SSL rivolta agli operatori del settore edile per il contrasto del fenomeno infortunistico e tecnopatico
formula	Attuazione di percorsi di formazione secondo i criteri definiti in ambito nazionale, rivolto agli operatori dei settori edilizia ed agricoltura e delle ASL per il contrasto del fenomeno infortunistico e tecnopatico
Standard	Almeno n. 3 iniziative/incontri/seminari/convegni all'anno
Fonte	Regione

COMUNICAZIONE

PP07_OT06	Realizzazione, aggiornamento e diffusione di buone pratiche e materiale documentale/informativo in edilizia ed agricoltura, in ordine all'approccio "sistemico" del rischio nei portali web istituzionali e in quelli degli stakeholder
PP07_OT06_IT03	Comunicazione dell'approccio al rischio
formula	Realizzazione, aggiornamento e diffusione di buone pratiche e materiale documentale/informativo, anche tramite accordi interistituzionali, in ordine all'approccio "sistemico" del rischio, nei portali web istituzionali e in quelli degli stakeholder
Standard	Realizzazione di almeno 1 intervento di comunicazione/informazione per anno, a partire dal 2022
Fonte	Regione

EQUITÀ

PP07_OT08	Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative
PP07_OT08_IT04	Lenti di equità
formula	Adozione dell'HEA
Standard	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2021
Fonte	Regione

3.7.5 Obiettivi e indicatori specifici

PP07_OS01	Promozione delle attività di vigilanza, controllo e assistenza alle imprese anche applicando alle attività di controllo i principi dell'assistenza "empowerment" e dell'informazione;
-----------	---



	contrasto all'utilizzo di macchine ed attrezzature da lavoro non conformi o prive dei Requisiti Essenziali di Sicurezza e creazione della banca dati delle non conformità ai RES
PP07_OS01_IS01	Strategie di intervento per le attività di vigilanza, controllo, assistenza
formula	Programmazione annuale dell'attività di vigilanza, controllo, assistenza
Standard	Report annuale dell'attività di vigilanza, controllo, assistenza in rapporto al numero di aziende agricole presenti sul territorio (privilegiando le micro imprese) e di aziende del commercio macchine anche nelle manifestazioni fieristiche e, per l'edilizia, al numero di notifiche preliminari significative (importo lavori maggiore di 30.000 euro) pervenute l'anno precedente
Fonte	Regione
PP07_OS02	Definizione e applicazione di strategie di intervento (vigilanza e prevenzione) mirate al contrasto di un rischio e/o esposizione prioritari (ad esempio: caduta dall'alto/uso del trattore, uso di sostanze pericolose, contenimento dei rischi nei lavori stagionali) tramite l'attivazione in ciascuna Regione/ASL di uno specifico Piano Mirato di Prevenzione (PMP), di contrasto ad uno o più rischi specifici del settore edilizia ed agricoltura, individuato sulla base delle specificità territoriali e conformemente alle risorse e competenze disponibili
PP07_OS02_IS02	Piano Mirato di Prevenzione come misura di contrasto ad infortuni e malattie professionali
formula	Definizione e applicazione di strategie di intervento (vigilanza e prevenzione) mirate al contrasto di un rischio e/o esposizione prioritari (ad esempio: caduta dall'alto)
Standard	2022: presenza documento di buone pratiche condivise e scheda di autovalutazione, strutturati secondo le specifiche del PMP, per ciascun comparto (edilizia e agricoltura); 2023: formazione degli operatori e assistenza alle imprese in merito ai contenuti del documento; 2024, 2025: monitoraggio dell'attuazione dei PMP nell'ambito dell'attività di vigilanza
Fonte	Regione
PP07_OS03	Promozione della qualità, dell'appropriatezza e dell'efficacia della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica svolta dai medici competenti (artt. 25, 40, 41 e 42 Dlgs 81/08)
PP07_OS03_IS03	Sorveglianza Sanitaria Efficace
formula	Promozione della qualità, dell'appropriatezza e dell'efficacia della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica svolta dai medici competenti (artt. 25, 40, 41 e 42 Dlgs 81/08)
Standard	(per tutti gli anni): realizzazione di un Report annuale (art. 40 Allegato 3B) - 2022: presenza documento di buone pratiche condivise inerente la sorveglianza sanitaria, per i comparti Edilizia e Agricoltura - 2023: formazione degli operatori dei servizi e dei medici competenti - 2024, 2025: verifica dell'applicazione delle buone pratiche nell'ambito dell'attività di vigilanza
Fonte	Regione

3.7.6 Azioni

PROGRAMMA	PP07
TITOLO AZIONE (1)	Piano Mirato di Prevenzione "Trattore agricolo. Uso in sicurezza e prevenzione degli



di 2)	infortuni mortali"
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A PROMUOVERE LA SICUREZZA E LA TUTELA DELLA SALUTE DEI CITTADINI, LAVORATORI E CONSUMATORI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	6.1 Organizzazione/miglioramento/sviluppo delle attività di controllo/ispezione/vigilanza
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS02 Definizione e applicazione di strategie di intervento (vigilanza e prevenzione) mirate al contrasto di un rischio e/o esposizione prioritari (ad esempio: caduta dall'alto/uso del trattore, uso di sostanze pericolose, contenimento dei rischi nei lavori stagionali) tramite l'attivazione in ciascuna Regione/ASL di uno specifico Piano Mirato di Prevenzione (PMP), di contrasto ad uno o più rischi specifici del settore edilizia ed agricoltura, individuato sulla base delle specificità territoriali e conformemente alle risorse e competenze disponibili	
OS02IS02	Piano Mirato di Prevenzione come misura di contrasto ad infortuni e malattie professionali
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età lavorativa
SETTING	ambiente di lavoro

DESCRIZIONE

Pur registrando nel corso degli ultimi anni un calo degli infortuni, il settore Agricoltura presenta ancora indici di frequenza e di incidenza elevati (circa cento casi/anno) che lo collocano a ridosso dei settori più pericolosi; ai dati infortunistici Inail sono da aggiungere ulteriori casi, spesso mortali, occorsi a hobbisti, lavoratori part-time e autonomi e per i quali è prevista l'esenzione dall'obbligo assicurativo in caso di attività agricola non prevalente.

Un inarrestabile fenomeno che rappresenta un'emergenza sanitaria che va affrontata con urgenti ed appropriate misure di prevenzione.

La distribuzione degli eventi per numero di addetti è fortemente sbilanciata verso le **microimprese** (1 - 9 addetti), che nel [comparto agricolo](#) raggiungono il 93%, valore nettamente superiore al corrispondente (59%) riferito agli altri ambiti di attività. Oltre un quarto dei decessi (28%) riguarda **autonomi/titolari** senza dipendenti, seguiti da pensionati (18,9%). Negli altri settori di attività, dove è prevalente la quota dei dipendenti a tempo indeterminato, queste due modalità riguardano poco più del 15% degli eventi". E quasi la metà degli eventi del [comparto agricolo](#) (48,5%, contro il 27,4% negli altri settori) hanno riguardato autonomi (con e senza dipendenti), soci (anche di cooperative) e coadiuvanti familiari".

Anche riguardo alle **modalità di accadimento degli eventi mortali** in agricoltura, la casistica maggioritaria è la perdita di controllo di macchine/mezzi agricoli (49%, essenzialmente ribaltamenti e, in taluni casi, investimenti di operatori a terra), seguita da caduta di lavoratore dall'alto (15%), contatto con organi lavoratori in movimento (12%), avviamento inatteso/inopportuno di veicolo, macchina, attrezzatura (10%). Si sono registrati altresì casi mortali dovuti a cadute di materiali sui lavoratori durante le fasi di movimentazione e/o stoccaggio".



Per quello che riguarda i **fattori di rischio** relativi alle prime tre modalità di accadimento rilevate, a partire dalla “**perdita di controllo di macchine/mezzi agricoli**” dagli infortuni emerge che il 73,5% degli infortuni avviene durante lavorazioni agricole (fresatura terreno, sfalcio erba, trattamento con prodotti fitosanitari, concimazione, semina, prelievo/stoccaggio/movimentazione materiali, ecc.), mentre il restante 26,5% si registra nelle fasi di trasferimento da/verso il luogo di lavoro.

Per oltre i 3/4 degli infortuni, il mezzo di cui si perde il controllo è il trattore che nel 45,9% risulta essere collegato ad attrezzature (frese, trinciatrici, seminatrici, ecc.) o a cisterne e rimorchi. Nel restante 24,5% degli infortuni, i mezzi che si ribaltano sono rappresentati da [carrelli elevatori](#), motozappe, mezzi di movimentazione terra quali pale gommate, ecc”.

Riguardo poi ai **fattori causali** si evidenzia che nella quasi totalità dei casi, la perdita di controllo è collegata a **errori di manovra** durante la conduzione dei mezzi (89,8%). Nel 91,8% compaiono contemporaneamente 2 o più criticità che concorrono all’incidente: agli errori di manovra spesso si associano carenze strutturali delle attrezzature di lavoro (essenzialmente assenza di sistemi di protezione del posto guida e di ritenzione del conducente) e talvolta le caratteristiche ambientali, non note all’inizio del ciclo lavorativo.

Inoltre gli errori alla guida “sono per lo più dovuti alla sottovalutazione delle caratteristiche iniziali e note dell’ambiente (es. la pendenza dei terreni, la presenza di dislivelli a ridosso dell’area di lavoro, la stabilità del terreno, ecc.) in cui si operava, ma anche a modalità di conduzione su strada dei mezzi nelle fasi di trasferimento da/ verso il luogo di lavoro, fattori di rischio non valutati o valutati in maniera insufficiente considerando anche l’esperienza maturata dagli operatori coinvolti”.

Per quanto sopra esposto, l’adozione di un Piano Mirato di Prevenzione relativamente all’uso in sicurezza del trattore ha i seguenti intenti:

- sensibilizzare dei destinatari sull’importanza prevenzionistica del mantenimento della corretta funzionalità delle macchine e attrezzature agricole e fornire indicazioni per la realizzazione di una corretta manutenzione ordinaria da mettere in atto all’inizio della campagna agricola
- valutare diversi aspetti riferibili alle condizioni dei luoghi di lavoro, alle tipologie di macchine o mezzi da utilizzare rispetto alle lavorazioni specifiche, alle modalità operative da mettere in atto
- predisporre per le aziende una scheda di autovalutazione per verificare la propria adeguatezza rispetto agli adempimenti nei riguardi della normativa specifica.
- produzione di materiale divulgativo sia cartaceo che informatico e la sperimentazione di un’attività di sensibilizzazione sullo stato di sicurezza dei trattori agricoli

Il Piano Mirato di Prevenzione dovrà prevedere:

- attività di informazione alle aziende;
- compilazione da parte dell’azienda di una scheda di autovalutazione specifica sul rischio da attrezzature agricole utile a verificare elementi generali della gestione della sicurezza e salute nonché requisiti «basilari» che ognuna delle attrezzature analizzate deve possedere.



La scheda di autovalutazione aziendale, compilata al termine delle azioni di verifica e miglioramento, è da restituire all'ASReM;

- campagna di vigilanza mirata da parte del S.C. PSAL, tramite verifiche ispettive, orientate in prima istanza alle aziende che non abbiano provveduto all'invio della scheda di autovalutazione compilata e successivamente ad un campione scelto tra le altre aziende.

AZIONE EQUITY

PROGRAMMA	PP07
TITOLO AZIONE (2 di 2)	Piano Mirato di Prevenzione "Prevenzione e contrasto dell'utilizzo di alcool/sostanze stupefacenti da parte di lavoratori del settore edilizio"
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A PROMUOVERE LA SICUREZZA E LA TUTELA DELLA SALUTE DEI CITTADINI, LAVORATORI E CONSUMATORI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	6.1 Organizzazione/miglioramento/sviluppo delle attività di controllo/ispezione/vigilanza
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT06 Realizzazione, aggiornamento e diffusione di buone pratiche e materiale documentale/informativo in edilizia ed agricoltura, in ordine all'approccio "sistemico" del rischio nei portali web istituzionali e in quelli degli stakeholder	
OT06IT03	Comunicazione dell'approccio al rischio
CICLO DI VITA	età lavorativa
SETTING	ambiente di lavoro

DESCRIZIONE

Piano Mirato di Prevenzione "Prevenzione e contrasto dell'utilizzo di alcool/sostanze stupefacenti da parte di lavoratori del settore edilizio"

La normativa riguardante l'uso di sostanze stupefacenti da parte di specifiche categorie di lavoratori ha sollevato, nei soggetti del sistema prevenzionistico aziendale, numerosi quesiti e dubbi riguardo la complessa gestione sanitaria della normativa stessa.

Stando al tenore letterale di quanto sancito dalla Legge – quadro in materia di alcol e di problemi alcol correlati, L. 30 Marzo 2001, n. 125, nonché da quanto espresso nell'allegato I dall'Intesa Conferenza Stato – Regioni del 16/3/2006 lo **specifico divieto di assumere bevande alcoliche e superalcoliche comprende pienamente i "lavoratori addetti ai comparti dell'edilizia e delle costruzioni e tutte le mansioni che prevedano attività in quota oltre i 2 metri di altezza"**.

Oltre alle disposizioni sopra riportate, anche all'interno del D.Lgs. 81/2008 e precisamente all'art. 41 comma 4, sono compresi alcuni aspetti importanti laddove **viene fatto obbligo di**



ricomprensere nel percorso di sorveglianza sanitaria, anche gli esami clinici, biologici e diagnostici sul lavoratore (non si parla di facoltà) e finalizzate alla verifica di assenza di condizioni di alcol dipendenza e di assunzione di sostanze alcoliche e psicotrope.

Pertanto, quanto definito dalla normativa di cui al Testo Unico, va ad ampliare anche la portata della stessa legge-quadro in quanto richiama, giustamente, anche il divieto di fare uso, per le categorie lavorative, di **sostanze psicotrope**. Al successivo comma 5, dello stesso articolo, il medico competente, che è l'unico ad effettuare in concreto tale opera di sorveglianza, deve redigere la cartella sanitaria con l'obbligo di riportare anche gli esiti relativi agli esami suindicati, ma anche con l'ulteriore **obbligo di esprimersi sull'idoneità stessa del lavoratore**.

Nello svolgimento delle attività lavorative le condizioni psico-fisiche del lavoratore sono un presupposto fondamentale per garantire la sicurezza del singolo e quella degli altri, sia l'assunzione di bevande alcoliche che il consumo di sostanze stupefacenti sono tra i fattori che influenzano negativamente il comportamento dei lavoratori, creando situazioni di forte rischio e condizionandone il benessere durante le ore lavorative

Nella letteratura scientifica sull'argomento è ben evidenziato che:

- l'assenteismo risulta due/tre volte più elevato tra chi usa sostanze stupefacenti e alcol in tutti i settori produttivi e soprattutto in edilizia
- l'alcol ha un ruolo importante nella mortalità ed è tra le principali cause di prepensionamento in edilizia
- nei lavoratori della edilizia si è evidenziato un eccesso di rischio di morire per cirrosi epatica e malattie alcol-correlate, compresa l'obesità
- i consumatori di alcol sono più numerosi di quelli di sostanze illegali, pertanto è più probabile che nei cantieri siano presenti lavoratori con problemi alcol correlati piuttosto che con problemi legati alle altre sostanze d'abuso
- le patologie alcol correlate più frequenti nei lavoratori edili rispetto alla popolazione generale.
- il rischio di infortuni si raddoppia anche per assunzioni modeste di alcol.

La legislazione vigente nel nostro paese ha previsto un più accurato controllo sui lavoratori che svolgono mansioni ad elevato rischio per sé e per gli altri, con l'obiettivo di disincentivare condotte pericolose. Si ritiene tuttavia che il principale strumento di contrasto delle dipendenze debba essere la sensibilizzazione degli interessati attraverso un'informazione chiara e completa, per ottenere luoghi di lavoro liberi dalle conseguenze negative legate al consumo di alcol e sostanze stupefacenti.

Ai fini della prevenzione dei comportamenti d'abuso è determinante anche il ruolo dei Medici Competenti e dei protocolli di sorveglianza sanitaria da questi predisposti. Infatti, proprio per quanto riguarda le abitudini di vita, non è per ovvie ragioni possibile per il Medico Competente ignorare il problema legato all'assunzione di bevande alcoliche ed anche all'eventuale assunzione



di stupefacenti, spesso favorita dal fatto di svolgere professioni pericolose e mal pagate, gregarie, in ambienti in cui può esistere una pressione sociale a bere, con facile disponibilità di alcol e libertà da controlli.

È importante inoltre che il Medico Competente valuti bene il consumo di farmaci che, anche se correttamente prescritti ed assunti, sono in grado di alterare la vigilanza o i tempi di reazione del lavoratore o determinare un calo della pressione o della glicemia (es. ansiolitici, sedativi e ipnotici, antidepressivi, antiistaminici, antipertensivi, ipoglicemizzanti, farmaci per l'apparato cardiovascolare)

Per quanto sopra esposto, l'adozione di un Piano Mirato di Prevenzione territoriale relativamente al contrasto del consumo di alcol/stupefacenti ha i seguenti intenti:

- fornire indicazioni sugli adempimenti e i diritti delle varie figure coinvolte;
- cercare di garantire omogeneità di comportamenti sul territorio indicando, al di là del mero dettato legislativo, buone prassi di comportamento;
- fornire informazioni sulle varie sostanze di abuso;
- fornire indicazioni sui servizi disponibili sul territorio per affrontare casi problematici;
- predisporre per le aziende una scheda di autovalutazione per verificare la propria adeguatezza rispetto agli adempimenti nei riguardi della normativa specifica.

Il Piano Mirato di Prevenzione dovrà prevedere:

- attività di informazione alle aziende;
- compilazione da parte dell'azienda di una scheda di autovalutazione specifica sul rischio legato all'uso di sostanze stupefacenti da parte dei lavoratori del settore con la finalità di verificare la propria realtà aziendale e stimolare l'eventuale miglioramento della stessa. La scheda di autovalutazione aziendale, compilata al termine delle azioni di verifica e miglioramento, è da restituire all'ASReM;
- campagna di vigilanza mirata da parte del S.C. PSAL, tramite verifiche ispettive, orientate in prima istanza alle aziende che non abbiano provveduto all'invio della scheda di autovalutazione compilata e successivamente ad un campione scelto tra le altre aziende.
- realizzazione di un opuscolo informativo con i seguenti intenti: - fornire informazioni sugli adempimenti che ricadono sulle varie figure coinvolte (datore di lavoro, lavoratore, RLS) e nel contempo cercare di garantire omogeneità di comportamenti sul territorio indicando buone prassi di comportamento; - fornire informazioni sulla pericolosità delle varie sostanze di abuso; - fornire un elenco delle fonti legislative specifiche e di siti di interesse per eventuali approfondimenti; - fornire indicazioni sulla rete di servizi disponibili sul territorio per affrontare casi problematici.



MONITORAGGIO DELL'AZIONE EQUITY-ORIENTED

OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Informazione datori di lavoro sul PMP
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	I datori di lavoro saranno invitati ad un incontro informativo (in presenza o da remoto) allo scopo di fornire indicazioni utili ad agevolare le imprese nell'adempimento degli obblighi previsti dalla normativa vigente ed in particolare la definizione e l'adozione di una politica aziendale che affronti il tema, l'elaborazione di un documento aziendale dedicato, "parte integrante del documento di valutazione dei rischi" che contenga: le procedure organizzative, le azioni preventive, educative, promozionali e formative con riferimento ai rischi connessi all'impiego di sostanze stupefacenti nell'espletamento delle mansioni di cui all'allegato I del Provvedimento della Conferenza Unificata n. 99/2007, le modalità di attuazione ed esecuzione degli accertamenti sanitari, gli interventi da attuare a seguito dei risultati degli accertamenti., A tale attività informativa saranno invitati anche gli RSPP e gli RLS, che dovrebbero avere un ruolo predominante nelle attività sopra descritte.
ATTORI COINVOLTI	Asrem, U.O.C. PSAL - Datori di Lavoro - RSPP aziendali - RLS aziendali
INDICATORE	Numero dei datori di lavoro informati <ul style="list-style-type: none"> • Formula: Numero dei datori di lavoro informati settore edilizia • Standard tutti • Fonte ASReM
OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Autovalutazione aziende
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	<p>Verrà somministrato a tutte le aziende invitate un questionario di autovalutazione che indaga diverse aree ed in particolare:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ASSETTO E STRUTTURE del SISTEMA DI PREVENZIONE AZIENDALE 2. VALUTAZIONE DEL RISCHIO SPECIFICO (adozione della policy aziendale e presenza di documento aziendale dedicato) 3. INFORMAZIONE sul rischio specifico (esistenza della normativa specifica; procedure previste dalla normativa stessa; mansioni a cui si applica; possibili ricadute di una eventuale positività ai test tossicologici sull'idoneità alla mansione) 4. FORMAZIONE sul rischio specifico 5. SORVEGLIANZA SANITARIA (con specifica attenzione al protocollo sanitario che comprenda anche gli esami destinati alla verifica dell'abuso di sostanze e i successivi adempimenti)
ATTORI COINVOLTI	Datori di Lavoro - RSPP - RLS
INDICATORE	Percentuale di Autovalutazione <ul style="list-style-type: none"> • Formula: Numero di autovalutazioni eseguite dai datori di lavoro informati / Numero di datori di lavoro che hanno ricevuto l'informativa x 100 • Standard 40%



	<ul style="list-style-type: none"> FonteASReM
OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	vigilanza su aziende che non hanno eseguito autovalutazione
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	<p>Saranno eseguite verifiche su:</p> <ul style="list-style-type: none"> - assetto e strutture di prevenzione all'interno dell'azienda - ricognizione sull'adozione della policy aziendale sul contrasto e la prevenzione dell'assunzione di sostanze d'abuso - verifica della valutazione dei rischi e della predisposizione di un documento aziendale, "parte integrante del documento di valutazione dei rischi" che contenga le procedure organizzative; le azioni preventive, educative, promozionali e formative con riferimento ai rischi connessi all'impiego di sostanze stupefacenti nell'espletamento delle mansioni di cui all'allegato I del Provvedimento della Conferenza Unificata n. 99/2007, le modalità di attuazione ed esecuzione degli accertamenti sanitari; - gli interventi da attuare a seguito dei risultati degli accertamenti".
ATTORI COINVOLTI	Personale U.O.C. PSAL ASReM; Datori di lavoro; RSPP; RLS
INDICATORE	<p>Controlli su aziende inadempienti</p> <ul style="list-style-type: none"> Formula:esecuzione dei controlli Standardeseguire i controlli su tutte le aziende che non hanno eseguito l'autovalutazione FonteASReM
OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	predisposizione di linee guida ad uso delle aziende
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	<p>Di concerto con le istituzioni interessate e con le associazioni datoriali interessate, sarà emessa una Guida (linea Guida) recante indicazioni relativamente a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - adempimenti che ricadono sulle varie figure coinvolte (datore di lavoro, RSPP, lavoratore, RLS) - pericolosità delle varie sostanze di abuso; - fonti legislative specifiche e di siti di interesse per eventuali approfondimenti; - rete di servizi disponibili sul territorio per affrontare casi problematici; <p>In particolare, sarà affrontato il tema degli adempimenti in capo al datore di lavoro (nei confronti del Medico Competente e dei lavoratori sottoposti ad accertamenti sanitari), al RSPP (valutazione del rischio specifico e nella stesura del documento dedicato, elaborazione di misure preventive e protettive; progettazione di programmi di informazione e formazione inerenti il rischio, ecc.) al Medico Competente (Programmazione ed esecuzione degli accertamenti di primo livello, espressione del giudizio di idoneità, ecc.), al RLS.</p>
ATTORI COINVOLTI	U.O.C. PSAL ASReM; Comitato Regionale di Coordinamento ex articolo 7 decreto



	legislativo 81/08; INAIL; ANCE ACEM MOLISE, CONFEDILIZIA; ACLI;
INDICATORE	Indice di gravità degli infortuni nel settore edilizia
	<ul style="list-style-type: none"> • Formula: $(\text{Totale infortuni gravi settore edilizia} / \text{totale infortuni gravi}) \times 100$ • Standard riduzione del 10% • Fonte ASReM
OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	predisposizione di linee guida ad uso delle aziende
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	<p>Di concerto con le istituzioni interessate e con le associazioni datoriali interessate, sarà emessa una Guida (linea Guida) recante indicazioni relativamente a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - adempimenti che ricadono sulle varie figure coinvolte (datore di lavoro, RSPP, lavoratore, RLS) - pericolosità delle varie sostanze di abuso; - fonti legislative specifiche e di siti di interesse per eventuali approfondimenti; - rete di servizi disponibili sul territorio per affrontare casi problematici; <p>In particolare, sarà affrontato il tema degli adempimenti in capo al datore di lavoro (nei confronti del Medico Competente e dei lavoratori sottoposti ad accertamenti sanitari), al RSPP (valutazione del rischio specifico e nella stesura del documento dedicato, elaborazione di misure preventive e protettive; progettazione di programmi di informazione e formazione inerenti il rischio, ecc.) al Medico Competente (Programmazione ed esecuzione degli accertamenti di primo livello, espressione del giudizio di idoneità, ecc.), al RLS.</p>
ATTORI COINVOLTI	U.O.C. PSAL ASReM; Comitato Regionale di Coordinamento ex articolo 7 decreto legislativo 81/08; INAIL; ANCE ACEM MOLISE, CONFEDILIZIA; ACLI;
INDICATORE	Predisposizione di linee guida
	<ul style="list-style-type: none"> • Formula: linee guida per le aziende del settore edile • Standard predisposizione di linee guida per le aziende del settore edile • Fonte ASReM



3.8 PP08 Prevenzione del rischio cancerogeno professionale, delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico e del rischio stress correlato al lavoro

3.8.1 Quadro logico regionale

CODICE	PP08
REFERENTI DEL PROGRAMMA	Francesco Angelo Carrozza
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	MO4 Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali
MACRO OBIETTIVO TRASVERSALE DI RIFERIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> - MO4 Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali - MO5 Ambiente, Clima e Salute
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	<ul style="list-style-type: none"> - MO4-01 Programmare interventi di prevenzione in ragione delle esigenze dettate dalle evidenze epidemiologiche e dal contesto socio-occupazionale - MO4-02 Perfezionare la conoscenza delle storie lavorative ed espositive dei lavoratori - MO4-04 Assicurare alle micro e piccole aziende ed alle medio e grandi aziende attività di controllo modulate secondo approcci distinti - MO4-05 Applicare alle attività di controllo i principi dell'assistenza, dell'empowerment e dell'informazione, e adottare azioni di enforcement in relazione alla capacità ed alla motivazione dell'impresa - MO4-07 Implementare un modello di tutela del lavoratore che sia evoluzione della prevenzione degli infortuni e malattie verso la "conservazione attiva" della salute, ovvero verso la Total worker health - MO4-08 Potenziare la rete di collaborazione tra professionisti sanitari medici del lavoro dei servizi territoriali e ospedalieri e MMG, per la tutela della salute del lavoratore in un'ottica di Total worker health - MO4-10 Assicurare la sorveglianza sanitaria degli ex esposti - MO4-11 Garantire la funzionalità di OCCAM incrociando i dati sanitari disponibili negli archivi regionali con le storie lavorative INPS - MO4-12 Portare a regime i Registri di patologia tumorale ReNaM, ReNaTuNS e neoplasie a bassa frazione eziologica, registri esposti ad agenti cancerogeni biologici e de relativi casi di eventi accidentali, malattia e decesso - MO4-13 Assicurare la fruibilità delle informazioni che compongono il Registro degli esposti - MO5-03 Programmare, realizzare e documentare attività in materia di sicurezza chimica di cui al REACH/CLP (controllo, formazione, informazione e altre attività) favorendo sinergia/integrazione con attività su specifiche



	<p>matrici (es. biocidi, fitosanitari, fertilizzanti, cosmetici, ecc.) o su specifici ambiti (sicurezza luoghi di lavoro, igiene in ambienti di vita, sicurezza alimentare)</p> <ul style="list-style-type: none"> - MO5-04 Rafforzare, nell'ambito delle attività concernenti gli ambienti di vita e di lavoro, le competenze in materia di valutazione e gestione del rischio chimico - MO5-05 Perfezionare i sistemi e gli strumenti informativi per monitorare la presenza di amianto ai fini dell'eliminazione - MO5-07 Promuovere e implementare le buone pratiche in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nella costruzione/ristrutturazione di edifici, anche in relazione al rischio chimico e al radon - MO5-10 Potenziare le azioni di prevenzione e sanità pubblica nel settore delle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti naturali e antropiche
LINEE STRATEGICHE DI INTERVENTO	<ul style="list-style-type: none"> - MO4LSk Promuovere la capacità di migliorare le valutazioni di tipo ergonomico/organizzativo secondo normativa e linee di indirizzo, anche in un'ottica di semplificazione dei processi - MO4LSp Promuovere l'adozione delle misure di prevenzione primaria con le varie modalità di intervento, tra cui le attività di vigilanza e controllo - MO4LSq Sviluppo di percorsi di formazione sulla SSL per l'acquisizione di nuove competenze disciplinari per il contrasto del fenomeno tecnopatologico - MO4LSr Implementazione, coordinamento e valutazione dei sistemi e degli interventi di sorveglianza sanitaria degli ex esposti ad amianto - MO4LSu Offerta di interventi di counseling (gruppi di esposti ed ex esposti) - MO4LSw Produzione di report periodici e sistematici relativi al monitoraggio dei rischi/danni da lavoro con diffusione di documentazioni relative alle azioni di prevenzione efficaci già realizzate - MO5LSd Iniziative per favorire una formazione specifica e aggiuntiva degli operatori sanitari trasversalmente nei diversi servizi sui temi della valutazione e gestione del rischio chimico - MO5LSg Mappare l'attuale presenza di amianto anche avvalendosi delle informazioni di cui all'art. 9 della L 257/1992 - MO5LSi Elaborazione di Piani Regionali per l'amianto - MO5LSj Ottimizzazione dell'attività dei COR al fine di censire le esposizioni ad amianto pregresse della popolazione e migliorare la sorveglianza epidemiologica sull'andamento delle esposizioni all'amianto - MO5LSk Interventi di formazione specifica sull'applicazione di buone pratiche in edilizia indirizzate agli operatori dei Dipartimenti di prevenzione ed ai diversi portatori di interesse - MO5LSe Attività di supporto alla valutazione del rischio chimico nell'ambito delle valutazioni di impatto sanitario
LEA	<ul style="list-style-type: none"> - B04 Tutela della salute dai fattori di rischio presenti in ambiente di vita, non confinato - B10 Tutela della popolazione dal rischio "amianto" - B13 Tutela della salute dai rischi per la popolazione derivanti dall'utilizzo di



	<p>sostanze chimiche, miscele ed articoli (REACH-CLP)</p> <ul style="list-style-type: none"> - B15 Tutela della collettività dal rischio radon - C01 Sorveglianza epidemiologica dei rischi e dei danni correlati al lavoro - C02 Cooperazione del sistema sanitario con altre istituzioni e con le rappresentanze sindacali e datoriali, per la realizzazione di programmi intersettoriali - C03 Prevenzione dei rischi per la sicurezza e la salute nei luoghi di lavoro - C04 Promozione del miglioramento della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro - C05 Prevenzione delle malattie lavoro correlate e promozione degli stili di vita sani - C06 Sorveglianza degli ex-esposti a cancerogeni e a sostanze chimiche/fisiche con effetti a lungo termine
--	--

3.8.2 Sintesi del Profilo di salute ed equità ed Analisi di contesto

Profilo di salute: Nel 2020 l'intero mondo è stato investito dal ciclone della pandemia da SARS-CoV-2 con un impatto dirompente, da un punto di vista sanitario, sia sulle singole persone che sui sistemi sanitari in genere. L'emergenza pandemica ha messo in evidenza che la diffusione dell'infezione ha determinato conseguenze sfavorevoli particolarmente disuguali sia in termini di ricoveri ma, verosimilmente, anche in termini di mortalità (come si valuterà in futuro) soprattutto a carico dei soggetti più clinicamente suscettibili e più socialmente vulnerabili (anziani, malati cronici, persone distanti dai luoghi di cura ecc.), con numerosi fattori di stress che hanno potenziato i fattori di fragilità. Anche in Molise l'impatto della pandemia ha avuto un andamento caratterizzato da una prima fase (primavera 2020) abbastanza circoscritta mentre in autunno la diffusione del virus si è manifestata in modo più intenso con una rapida crescita dei contagi accompagnato da un drastico incremento dei decessi che tra novembre 2020 ed aprile 2021 è arrivato ad un livello superiore a quello del Paese. La campagna vaccinale avviata a fine 2020, invece, ha visto una buona adesione tanto che a fine agosto 2021 oltre il 60% della popolazione, compreso i giovani al di sotto dei 16 anni, aveva ricevuto la seconda dose. Una rilevazione di AGENAS ha valutato che nel primo semestre del 2020 in Molise i ricoveri per prestazioni non collegate al Covid-19 si sono quasi dimezzati rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente; nei primi nove mesi dell'anno le prestazioni specialistiche ambulatoriali si sono ridotte del 27 per cento. Anche l'attività di prevenzione ha subito un forte rallentamento, con un calo del 47 per cento degli screening effettuati nell'arco dell'anno. Il rinvio di tali prestazioni, in parte recuperato nell'ultimo trimestre del 2020, si tradurrà verosimilmente in un maggiore fabbisogno sanitario in futuro. Gli stili di vita nel 2019 collocavano il Molise in una posizione meno favorevole rispetto a quella nazionale per una più diffusa sedentarietà (53,0 in Molise contro una media del 35,6% in Italia), una maggiore quota di persone obese (15,3% in Molise vs 10,8 in Italia) un maggior consumo di alcolici (19,2 in Molise contro 9,3 in Italia) mentre la percentuale di



persone con almeno due malattie croniche in rapporto alla popolazione standardizzata per età era all'incirca simile (18,5 in Molise contro 18,0 in Italia) (Sorveglianza PASSI).

OCCUPAZIONE

Un'analisi dei tassi di occupazione nella fascia d'età 15-64 anni, in Molise, fra il 4^a trimestre del 2020 e il 2019, mostra dati piuttosto preoccupanti.

Tasso di occupazione nella popolazione molisana tra i 15-64 anni	T4-2020	2019
Uomini	64,0%	65,7%
Donne	39,7%	43,2%
Totale	52,0%	54,5%

Si conferma il calo del tasso degli occupati, sopportato soprattutto dalle donne.

Una valutazione per classi di età mostra però che nel complesso il dato viene maturato anche a scapito delle popolazioni più giovani (in particolare nella classe 35-44 anni con un calo dal 70,6% del 2019 al 66,6%, in particolare fra le donne).

Aziende e Addetti

Ad aprile 2021 l'ISTAT ha pubblicato il *Censimento Permanente delle Imprese 2019* che nel Molise ha coinvolto un campione di 2.245 aziende con 3 o più addetti nei settori dell'industria e dei servizi a fronte di 4.418 aziende regionali che impiegano quasi 33 mila addetti. Quasi l'85 per cento delle imprese osservate rientrano nella categoria delle microimprese (con 3-9 addetti) mentre le piccole (10-49 addetti) rappresentano il 14,2% del totale regionale. Le medie (50-249 addetti) e le grandi imprese (250 e più addetti) sono complessivamente 50 unità pari al 1,1% del totale regionale. Quasi il 52% degli addetti regionali lavorano in microimprese (la quota a livello nazionale è del 29,5%) e oltre il 34% nelle piccole imprese; medie e grandi aziende impiegano circa il 14% degli addetti complessivi regionali (a livello nazionale la quota corrispondente supera il 44%). La struttura produttiva molisana vede una forte prevalenza delle imprese di servizi rispetto ad aziende industriali in cui sono attive meno del 29% delle strutture valutate nell'ambito del censimento. In dettaglio sono 634 (più del 14% del totale regionale) le imprese del macro-settore dell'industria in senso stretto, per la maggior parte aziende manifatturiere (590 unità). Il settore delle costruzioni vanta oltre 640 unità e rappresenta da solo il 14% delle imprese regionali. Le imprese di servizi sono 3141 e rappresentano il 71,1% del totale regionale. Il 37% di esse opera nell'ambito del commercio all'ingrosso e al dettaglio mentre il restante 63% è rappresentato da imprese che offrono servizi non commerciali. Altro importante settore dell'economia regionale è rappresentato dalle aziende turistiche; le sole imprese attive nell'offerta di servizi di alloggio e ristorazione rappresentano circa un sesto delle aziende. In termini di unità di lavoro il settore industriale nel 2018 impiegava quasi il 34% degli addetti

totali della regione. Al più generale incremento del comparto dei servizi (+13,6 per cento nel complesso e nello specifico +21,5 per cento nei servizi non commerciali) si contrappone una diminuzione del numero di imprese operanti nel comparto industriale (-15,6 per cento) che è il frutto di un ridimensionamento dell'industria in senso stretto e di una diminuzione (-17,4 per cento) nel settore delle costruzioni.

Peso di imprese e addetti nelle due province molisane nel 2018

Provincia	% imprese	% addetti
Campobasso	70,3	67,5
Isernia	29,7	32,5

Anche nel Molise, come del resto in Italia, la struttura produttiva del settore privato è caratterizzato dalla prevalenza di imprese a controllo individuale/familiare più evidente nella provincia di Isernia (+ del 78 per cento).

Esposizione a cancerogeni, fattori ergonomici e fattori psicosociali sul lavoro

Esposizione a cancerogeni occupazionali

Sulla scorta dei dati relativi alla tipologia di lavori e aziende presenti in Molise si può evincere che secondo il rapporto semestrale INAIL pubblicato ad aprile 2021, i dati relativi alle malattie professionali, dal 2016 al 2020, sono in costante decremento ed equamente bilanciati per genere, come riportato nella tabella sottostante:

Inail - Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro

Tabella M1 - Denunce di malattie professionali per genere e anno di protocollo. Molise.

Genere	Anno di protocollo									
	2016		2017		2018		2019		2020	
Maschi	264	67,01%	150	69,12%	153	66,52%	135	68,53%	95	68,35%
			-43,18%		2,00%		-11,76%		-29,63%	
Femmine	130	32,99%	67	30,88%	77	33,48%	62	31,47%	44	31,65%
			-48,46%		14,93%		-19,48%		-29,03%	
Totale	394	100,00%	217	100,00%	230	100,00%	197	100,00%	139	100,00%
			-44,92%		5,99%		-14,35%		-29,44%	

Con una prevalenza di casi nella provincia di Campobasso:

Inail - Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro

Tabella M1.3 - Denunce di malattie professionali per provincia e anno di protocollo. Molise.

Provincia	Anno di protocollo				
	2016	2017	2018	2019	2020
Molise	394	217	230	197	139
Campobasso	260	142	155	140	82
Isernia	134	75	75	57	57



La tipologia di malattie è abbastanza ben definita con una ridotta presenza di tumori da esposizione professionale mentre sono ben rappresentate le patologie del sistema nervoso, malattie dell'orecchio e soprattutto malattie dell'apparato muscolo-scheletrico.

Per quanto riguarda l'esposizione lavorativa della popolazione molisana a cancerogeni occupazionali altro grande problema riguarda la scarsità di comunicazione fra Medici Competenti, strutture SPreSAL e INAIL dovuto alla difficoltà di reperimento delle informazioni relativa agli agenti ed ai relativi livelli di esposizione nelle aziende chimiche presenti in regione.

Esposizione a fattori ergonomici e psicosociali

La distribuzione delle malattie professionali riconosciute dall'INAIL, come evidenziato nel rapporto per il Molise relativo agli anni 2016-2020, mostra che il 70-75% dei casi denunciati sono costituite da malattie muscolo-scheletriche, dovute verosimilmente a fattori ergonomici includendo in questa categoria non solo le "Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo" ma anche le "Malattie del sistema periferico" come patologie verosimilmente determinate da compressione dei nervi periferici da parte di strutture osteoarticolari del rachide e degli arti superiori, come nella lombo sciatalgia e nella sindrome del tunnel carpale

Inail - Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro

Tabella M1.4 - Denunce di malattie professionali per settore ICD-10 denunciato e anno di protocollo, Molise.

Settore ICD-10	Anno di protocollo									
	2016		2017		2018		2019		2020	
Alcune malattie infettive e parassitarie (A00-B99)	0	0,00%	0	0,00%	1	0,43%	0	0,00%	0	0,00%
Tumori (C00-D48)	3	0,76%	5	2,30%	8	3,48%	0	0,00%	1	0,72%
Malattie del sangue e degli organi ematopoietici ed alcuni disturbi del sistema immunitario (D50-D89)	0	0,00%	1	0,46%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche (E00-E90)	1	0,25%	0	0,00%	1	0,43%	0	0,00%	0	0,00%
Disturbi psichici e comportamentali (F00-F99)	2	0,51%	1	0,46%	2	0,87%	2	1,02%	1	0,72%
Malattie del sistema nervoso (G00-G99)	62	15,74%	21	9,68%	39	16,96%	27	13,71%	19	13,67%
Malattie dell'occhio e degli annessi oculari (H00-H59)	0	0,00%	0	0,00%	1	0,43%	0	0,00%	1	0,72%
Malattie dell'orecchio e dell'apofisi mastoide (H60-H95)	23	5,84%	19	8,76%	18	7,83%	10	5,08%	12	8,63%
Malattie del sistema circolatorio (I00-I99)	3	0,76%	2	0,92%	1	0,43%	0	0,00%	3	2,16%
Malattie del sistema respiratorio (J00-J99)	4	1,02%	6	2,76%	10	4,35%	5	2,54%	2	1,44%
Malattie dell'apparato digerente (K00-K93)	1	0,25%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,51%	0	0,00%
Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo (L00-L99)	4	1,02%	2	0,92%	4	1,74%	2	1,02%	0	0,00%
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo (M00-M99)	289	73,35%	159	73,27%	145	63,04%	139	70,56%	100	71,94%
Malattie dell'apparato genitourinario (N00-N99)	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Sintomi, segni e risultati anormali di esami clinici e di laboratorio non classificati altrove (R00-R99)	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Traumatismi, avvelenamenti ed alcune altre conseguenze di cause esterne (S00-T98)	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Assente	2	0,51%	1	0,46%	0	0,00%	11	5,58%	0	0,00%
Totale	394	100,00%	217	100,00%	230	100,00%	197	100,00%	139	100,00%

di seguito la tabella relativa alle definizioni amministrative delle denunce, negli stessi anni di riferimento

Inail - Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro

Tabella M2 - Lavoratori e casi di malattie professionali per anno di protocollo, genere e definizione amministrativa. Molise.

Anno di protocollo	Genere		Definizione amministrativa							
			Positivo		Negativo		In istruttoria		Totale	
2020	Maschi	lavoratori	19	25,33%	55	73,33%	1	1,33%	75	100,00%
		casi	19	20,00%	75	78,95%	1	1,05%	95	100,00%
	Femmine	lavoratori	7	17,95%	31	79,49%	1	2,56%	39	100,00%
		casi	7	15,91%	36	81,82%	1	2,27%	44	100,00%
	Totale	lavoratori	26	22,81%	86	75,44%	2	1,75%	114	100,00%
		casi	26	18,71%	111	79,86%	2	1,44%	139	100,00%
2019	Maschi	lavoratori	40	38,10%	65	61,90%	0	0,00%	105	100,00%
		casi	44	32,59%	91	67,41%	0	0,00%	135	100,00%
	Femmine	lavoratori	19	35,85%	34	64,15%	0	0,00%	53	100,00%
		casi	22	35,48%	40	64,52%	0	0,00%	62	100,00%
	Totale	lavoratori	59	37,34%	99	62,66%	0	0,00%	158	100,00%
		casi	66	33,50%	131	66,50%	0	0,00%	197	100,00%
2018	Maschi	lavoratori	40	30,30%	92	69,70%	0	0,00%	132	100,00%
		casi	42	27,45%	111	72,55%	0	0,00%	153	100,00%
	Femmine	lavoratori	19	27,94%	49	72,06%	0	0,00%	68	100,00%
		casi	21	27,27%	56	72,73%	0	0,00%	77	100,00%
	Totale	lavoratori	59	29,50%	141	70,50%	0	0,00%	200	100,00%
		casi	63	27,39%	167	72,61%	0	0,00%	230	100,00%
2017	Maschi	lavoratori	37	28,68%	92	71,32%	0	0,00%	129	100,00%
		casi	40	26,67%	110	73,33%	0	0,00%	150	100,00%
	Femmine	lavoratori	13	22,03%	46	77,97%	0	0,00%	59	100,00%
		casi	13	19,40%	54	80,60%	0	0,00%	67	100,00%
	Totale	lavoratori	50	26,60%	138	73,40%	0	0,00%	188	100,00%
		casi	53	24,42%	164	75,58%	0	0,00%	217	100,00%
2016	Maschi	lavoratori	64	28,83%	156	70,27%	2	0,90%	222	100,00%
		casi	69	26,14%	193	73,11%	2	0,76%	264	100,00%
	Femmine	lavoratori	25	25,00%	75	75,00%	0	0,00%	100	100,00%
		casi	29	22,31%	101	77,69%	0	0,00%	130	100,00%
	Totale	lavoratori	89	27,64%	231	71,74%	2	0,62%	322	100,00%
		casi	98	24,87%	294	74,62%	2	0,51%	394	100,00%

mentre nella sottostante tabella viene riportato anche il grado di menomazione riconosciuto.

Tabella M3 - Lavoratori con malattie professionali riconosciute per anno di protocollo, genere e classe di menomazione. Molise.

Anno di protocollo	Genere	In assenza di	Grado di menomazione complessivo						Totale
		menomazioni	1 - 5	6 - 15	16 - 25	26 - 50	51 - 85	86 - 100	
2020	Maschi	0	2	14	3	0	0	0	19
	Femmine	0	0	7	0	0	0	0	7
	Totale	0	2	21	3	0	0	0	26
2019	Maschi	0	4	26	8	2	0	0	40
	Femmine	0	1	15	3	0	0	0	19
	Totale	0	5	41	11	2	0	0	59
2018	Maschi	0	2	28	8	1	1	0	40
	Femmine	1	1	13	4	0	0	0	18
	Totale	1	3	41	12	1	1	0	58
2017	Maschi	0	3	25	9	0	0	0	37
	Femmine	0	1	11	1	0	0	0	13
	Totale	0	4	36	10	0	0	0	50
2016	Maschi	0	5	41	13	4	1	0	64
	Femmine	0	2	21	1	1	0	0	25
	Totale	0	7	62	14	5	1	0	89

Più problematico può divenire la valutazione del rischio ergonomico, la definizione dei settori lavorativi a più alto rischio di esposizioni, quale nesso può esserci con le dimensioni delle aziende ecc.

Esposizione a fattori psicosociali (stress lavoro-correlato)

Lo stress è la reazione adattativa, generale, di un organismo a sollecitazioni esterne, (stressors). Questa risposta adattativa, è una condizione fisiologica normale negli esseri viventi, ma può arrivare ad essere patologica in situazioni estreme. Al momento non risultano dati relativi alle problematiche dello stress-lavoro correlato ma sarebbe opportuno avviare procedure di rilevamento del rischio individuando un settore facilmente raggiungibile non solo in senso omogeneo, sufficientemente grande tale da non consentire la dispersione dei dati ed importante per individuare una corretta metodologia secondo le indicazioni delle normative. (es. ASREM, Presidio Ospedaliero, altri ambiti di lavoro strutturati per turno, ecc.)

Si fa riferimento anche ai profili di salute e di equità di PP01 e PP03.

ANALISI di CONTESTO

Regione di 4.438 Km², il Molise è la più piccola d'Italia dopo la Valle d'Aosta, con 2 provincie e 136 comuni. La superficie è divisa quasi equamente fra zone di montagna, il 55,3% del territorio, e zone collinari, per il 44,7% del territorio. Il clima è di tipo



mediterraneo. Numerosi sono i corsi d'acqua che, da questo punto di vista, ne fanno una regione particolarmente ricca. Da un punto di vista economico cinque sono i principali settori di sviluppo: agricoltura, zootecnia e trasformazione, turismo, industria, servizi.

L'agricoltura è concentrata essenzialmente sulla produzione cerealicola (e relativa lavorazione nell'ambito dell'industria della pasta, eccellenza nazionale e non solo), di un ottimo e celebre olio d'oliva e prodotti ortofrutticoli.

L'allevamento zootecnico è particolarmente sviluppato nelle aree interne con importanti ricadute sulle aziende di trasformazione che producono rinomati salumi e vere e proprie eccellenze nel settore caseario. Dall'Alto Molise, inoltre, proviene il 40% della produzione italiana di tartufo bianco, settore in sviluppo da circa un ventennio e in cui operano oltre 4500 raccoglitori.

Altro settore economico importante è quello turistico, sia classico (quello balneare estivo nei centri della costa, e quello invernale dello sci alpino a Campitello Matese e dello sci di fondo a Capracotta) sia quello più moderno e sostenibile del turismo culturale (le aree archeologiche di Altilia, di Pietrabbondante e di Larino) e della scoperta dei piccoli borghi, veri e propri tesori nascosti.

Quello industriale della meccanica e della chimica (nella zona industriale di Termoli dove da oltre 40 anni operano gli stabilimenti della FCA Powertrain) e della DR Motor Company in provincia di Isernia.

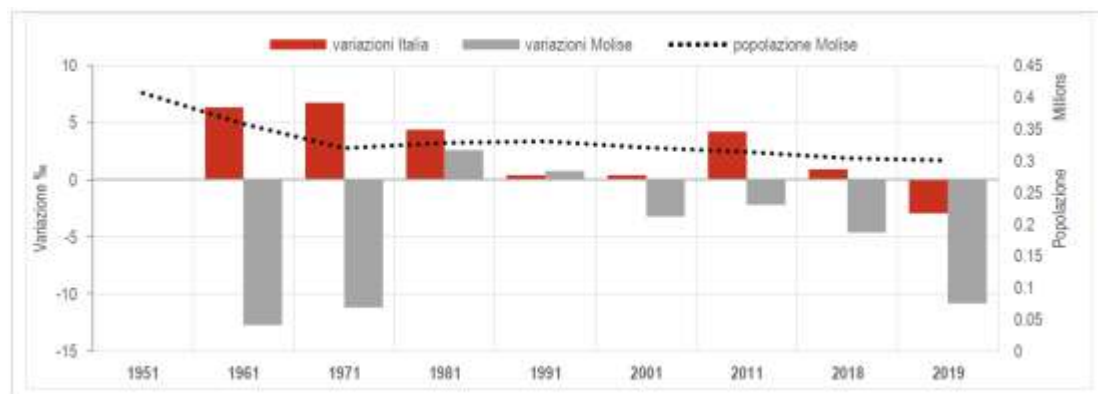
Infine il settore dei servizi riguarda prevalentemente la pubblica amministrazione, la scuola, la sanità, il commercio, i trasporti.

Demografia

L'andamento demografico della popolazione molisana è in costante decremento avendo perso, dal 2001 al 2021, quasi 20.000 abitanti.

Una valutazione più ampia mostra come la popolazione molisana residente, dal 1951 al 2019, abbia avuto lenta ma costante diminuzione con una perdita di quasi 100.000 unità con un tasso di decremento annuo (-7,1%) in contrasto con la media nazionale.

POPOLAZIONE RESIDENTE AI CENSIMENTI DELLA POPOLAZIONE DAL 1951 AL 2019. Popolazione residente in Molise (asse dx) e variazioni medie annue per 1.000 residenti Molise e Italia (asse sin)



La distribuzione territoriale della popolazione evidenzia un significativo squilibrio fra le aree dei due capoluoghi di provincia, in cui si rilevano i più elevati valori di densità di popolazione, e le zone interne, sempre più colpite dallo spopolamento. Negli 84 comuni della provincia di Campobasso, si concentrano poco meno dei tre quarti della popolazione. I residenti della provincia di Isernia sono appena il 27.7% della popolazione della regione.

POPOLAZIONE RESIDENTE PER PROVINCIA. Censimenti 2019, 2018 e 2011. Valori assoluti e variazioni per 1.000 residenti

PROVINCE	Numero comuni	Popolazione residente			Variazioni medie annue	
		2019	2018	2011	2019-2018	2019-2011 ^(*)
Campobasso	84	217.362	219.763	226.419	-10,9	-5,1
Isernia	52	83.154	84.027	87.241	-10,4	-6,0
MOLISE	136	300.516	303.790	313.660	-10,8	-5,3

(*) Variazione media annua geometrica (o composta)

Struttura della popolazione per genere ed età

I residenti al 1° gennaio 2021 risultano essere 296.547, con un ulteriore calo rispetto al 2019, di questi 145.946 (pari al 49.2%) sono maschi mentre 150.601 (50.8%) sono femmine, non compensata dalla popolazione di cittadini residenti stranieri che ammonta a 12.290 (6032 M, 6238 F)^[1]. Il rapporto di mascolinità è di circa 97%, simile a quello del 2019 ed in maggior equilibrio rispetto al 2011 quando era del 95%.

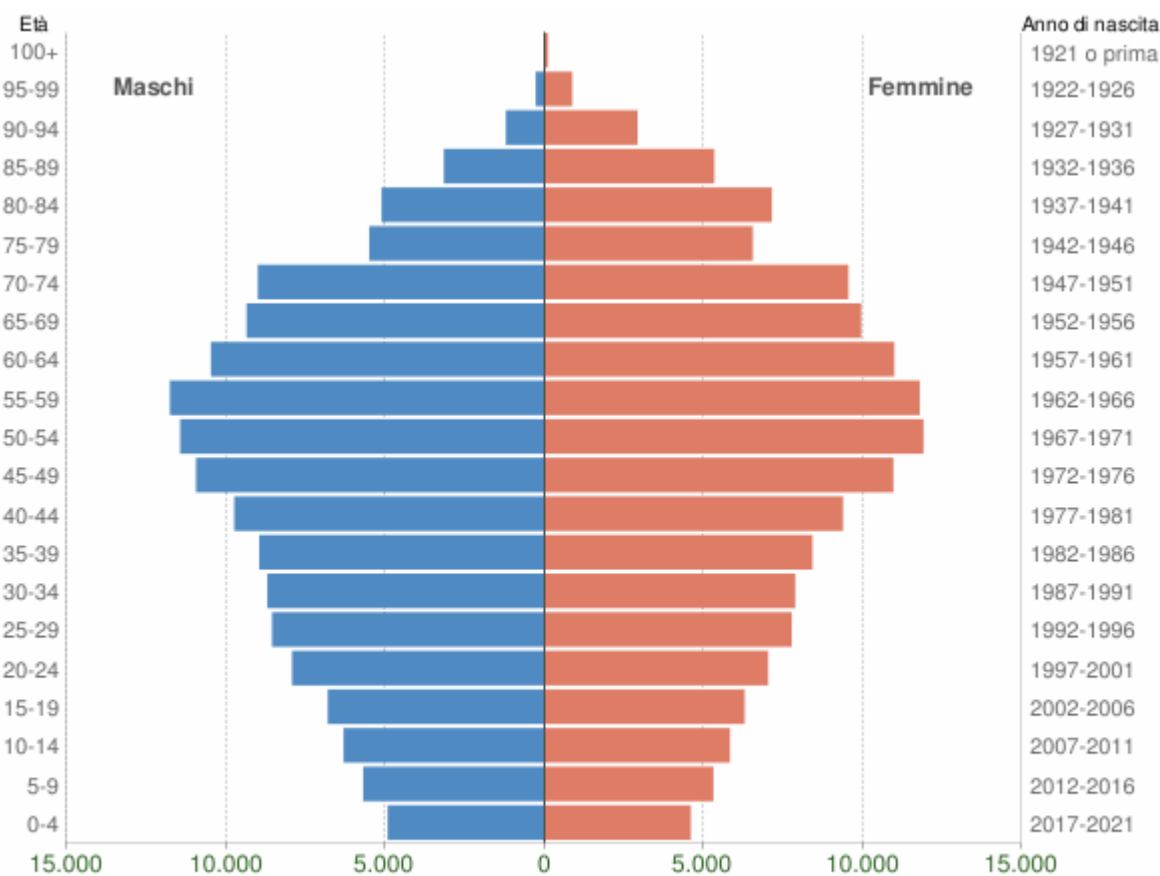
I nuclei familiari sono 131.325 con un numero medio di componenti per famiglia di 2.28 con un saldo migratorio, anche con l'estero, che dal 2016 è divenuto costantemente negativo.

Il grafico in basso, la Piramide delle Età, rappresenta la distribuzione della popolazione residente in Molise per età e sesso al 1° gennaio 2021. I dati sono provvisori o frutto di stima e la distribuzione per stato civile non è al momento disponibile.

La popolazione è riportata per classi quinquennali di età sull'asse Y, mentre sull'asse X sono riportati due grafici a barre a specchio con i maschi (a sinistra) e le femmine (a destra).

In generale, la forma di questo tipo di grafico dipende dall'andamento demografico di una popolazione, con variazioni visibili in periodi di forte crescita demografica o di cali delle nascite per guerre o altri eventi.

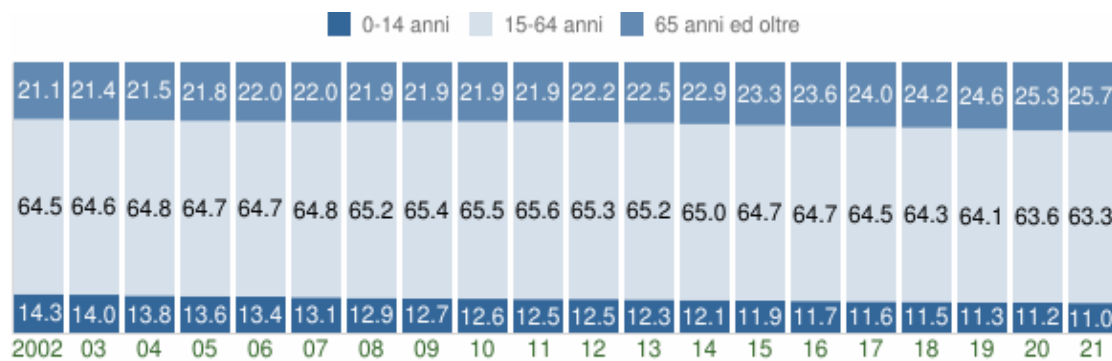
In Molise ha avuto la forma simile ad una piramide fino agli anni '60, cioè fino agli anni del boom demografico. Da notare anche la maggiore longevità femminile degli ultra-sessantenni.



Popolazione per età e sesso - 2021

MOLISE - Dati ISTAT 1° gennaio 2021 - Elaborazione TUTTITALIA.IT

Altri elementi di riflessione ci vengono dall'analisi strutturata della popolazione, considerata nelle tre fasce di età: giovani 0-14 anni, adulti 15-64 anni e anziani 65 anni ed oltre. Il grafico mostra una struttura di popolazione di tipo regressivo, con la popolazione giovane minore di quella anziana.



Struttura per età della popolazione (valori %)

MOLISE - Dati ISTAT al 1° gennaio di ogni anno - Elaborazione TUTTITALIA.IT

Lo studio di tali rapporti è importante per valutare alcuni impatti sul sistema sociale, su quello lavorativo e su quello sanitario. A tal proposito l'età media della popolazione totale è di 47.5 anni e l'indice di vecchiaia, che rappresenta il grado di invecchiamento di una popolazione, ovvero il rapporto percentuale tra il numero degli ultrasessantacinquenni ed il numero dei giovani fino ai 14 anni, nel 2021 si stima sarà di 233,0 anziani ogni 100 giovani. A completamento della descrizione delle caratteristiche della popolazione molisana l'indice di struttura della popolazione attiva [che rappresenta il grado di invecchiamento della popolazione in età lavorativa e che è il rapporto percentuale tra la parte di popolazione in età lavorativa più anziana (40-64 anni) e quella più giovane (15-39 anni)] è salito a 139,7 nel 2021 dal 90,0 del 2002.

Per contro l'indice di natalità per mille abitanti nel 2019 è stato di 6.4 contro 8.1 del 2002 mentre l'indice di mortalità, sempre nel 2019 è stato del 12.1 contro il 10.6 del 2002^[1].

Grado di istruzione

Tra il 2011 e il 2019 il livello dell'istruzione nella regione Molise è nettamente migliorato, in linea con quanto si registra a livello nazionale.

Nel 2019, dall'analisi della popolazione molisana residente di oltre 15 anni di età in possesso di un titolo di studio, emerge che il numero dei diplomati prevale su coloro i quali sono in possesso della laurea o di un titolo post lauream. Infatti la percentuale dei cittadini che ha conseguito il diploma di istruzione superiore è del 34,7%, rispetto al 14,2% di molisani in possesso di un titolo accademico, il 16.9% ha un titolo di licenza elementare, il 27.7% la licenza di scuola media. La presenza degli analfabeti è quasi dimezzata mentre gli alfabeti privi di titolo di studio scendono al 4.7%.

Una proporzionalità che si ritrova anche rispetto al numero dei disoccupati dal momento che il tasso di disoccupati diplomati (13,8%) è di gran lunga superiore al tasso dei disoccupati laureati (6,7%) e sebbene il dato regionale sia superiore al dato medio nazionale (5,7%), è sensibilmente inferiore al dato della media del Mezzogiorno d'Italia che, invece, registra un tasso di disoccupazione dei laureati nel 2019 pari al 10,2%.

La condizione professionale

Una rilevazione al 31 dicembre 2019 della forza lavoro, come mostrato nel grafico, evidenzia un incremento di 2.450 unità in più rispetto al 2011 (+1,9%)

POPOLAZIONE RESIDENTE DI 15 ANNI E PIU' PER CONDIZIONE PROFESSIONALE O NON PROFESSIONALE. Censimenti 2019,2018 e 2011

CONDIZIONE PROFESSIONALE O NON PROFESSIONALE	2019			2018			2011		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Forze di lavoro	76.292	54.926	131.218	76.876	53.848	130.724	76.037	52.731	128.768
Occupato/a	66.164	43.821	109.985	64.884	42.589	107.473	67.321	43.584	110.905
In cerca di occupazione	10.128	11.105	21.233	11.992	11.259	23.251	8.716	9.147	17.863
Non forze di lavoro	54.265	81.462	135.727	55.046	83.665	138.711	56.580	89.329	145.909
Percevitore/ice di pensioni da lavoro o di redditi da capitale	30.291	31.917	62.208	31.702	34.237	65.939	34.460	39.751	74.211
Studente/essa	10.410	11.746	22.156	10.737	12.361	23.098	11.415	13.395	24.810
Casalinga/o	1.132	27.825	28.957	1.230	28.787	30.017	438	28.727	29.165
In altra condizione	12.432	9.974	22.406	11.377	8.280	19.657	10.267	7.456	17.723
TOTALE	130.557	136.388	266.945	131.922	137.513	269.435	132.617	142.060	274.677

Il tasso di attività sale al 49,2%, 3,3 punti percentuali sotto il corrispondente valore italiano; gli occupati rappresentano il 41,2% della popolazione di 15 anni e più contro il 45,6% della media nazionale.

Secondo l'ISTAT la disoccupazione in Molise passa dal 9,9% del 2011 al 12,2% del 2019. Tra le due province molisane, la provincia di Isernia ha il tasso di disoccupazione maggiore con un 13,1% nel 2019 rispetto alla provincia di Campobasso dove il tasso di disoccupazione si ferma al 11,8%.

Nonostante una maggiore partecipazione delle donne molisane al mercato del lavoro, lo squilibrio di genere permane e assume valori più ampi rispetto alla media nazionale. Nel 2019 il gap di genere del tasso di attività (40,3% per le donne e 58,4% per gli uomini) è di 18, 1 punti, la distanza tra il tasso di occupazione delle donne (32,1%) e quello degli uomini (50,7%) di 18,6 punti mentre il tasso di disoccupazione delle donne, 20,2%, supera di quasi sette punti il corrispondente valore degli uomini che è pari al 13,3% con un divario di quasi 7 punti mentre a livello nazionale il divario uomo-donna per il tasso di disoccupazione si ferma a 3,5 punti.

3.8.3 Scheda di programma

3.8.3.1 Descrizione dal PNP

Il lavoro e i luoghi di lavoro sono soggetti a continui cambiamenti dovuti all'introduzione di nuove tecnologie, sostanze e processi lavorativi, a modifiche della struttura della forza lavoro e del mercato del lavoro, nonché a nuove forme di occupazione e organizzazione del lavoro. Pur in tale contesto caratterizzato da un forte grado di evoluzione, le attuali evidenze confermano la necessità di focalizzare l'attenzione del sistema della prevenzione su tre aree di rischio ritenute particolarmente significative, ma caratterizzate allo stesso tempo dal noto livello di sottostima dei danni cronici da esposizioni professionali: prevenzione dei tumori di origine professionale, prevenzione delle patologie dell'apparato muscolo-scheletrico di origine professionale, prevenzione dello stress correlato al lavoro. In particolare, con riferimento ai singoli rischi sopra descritti, si evidenzia quanto segue:

- L'International Labour Office (ILO) afferma che a livello mondiale, su 2.300.000 milioni di morti collegate al lavoro, l'80% è da attribuire a malattie, mentre il 20% ad infortuni. Tra le malattie da lavoro più gravi vi sono le neoplasie professionali, il cui numero conosciuto (in quanto oggetto di denunce o segnalazioni), tuttavia, in Italia come in altri Paesi, è fortemente più basso di quello atteso sulla base di stime scientificamente validate (Doll e Peto, Parkin, Hutchings). Su oltre 373.000 casi di tumore occorsi nel 2018 in Italia, a fronte di circa 15.000 casi attesi di neoplasie professionali (utilizzando una percentuale cautelativa del 4%), si registrano 2.000 casi denunciati (fonte INAIL). Ne consegue prima di tutto la necessità di migliorare la conoscenza del fenomeno dal punto di vista quali-quantitativo, in termini di diffusione dei principali agenti cancerogeni nelle imprese e nei comparti produttivi, al fine di programmare azioni di prevenzione mirate ed efficaci, consentirne l'emersione e il dovuto riconoscimento delle malattie professionali. Questa azione di emersione dei tumori professionali deve essere necessariamente sostenuta dal pieno funzionamento e dalla condivisione in rete dei sistemi istituzionali e delle banche dati già previste dal DLgs 81/2008 e successivi accordi e provvedimenti applicativi, aumentandone l'utilizzo in ogni ambito territoriale. Inoltre, le attività di controllo, così come quelle di informazione ed assistenza, devono essere sufficientemente estese ed omogenee sul territorio nazionale per intervenire sulle principali situazioni di esposizione ad agenti cancerogeni, dotandosi di strumenti efficaci, ed essere monitorate, anche al fine di valutarne l'efficacia, in termini di esiti di processo. Anche al fine di migliorare la *compliance* dei destinatari delle azioni di controllo, è opportuno promuovere, ogni volta che è possibile, la partecipazione delle altre Istituzioni e del partenariato economico-sociale e tecnico-scientifico circa le scelte sugli ambiti e sugli strumenti di intervento preventivo. Per facilitare il complessivo miglioramento della sicurezza e salute nei luoghi di lavoro, occorre altresì condurre azioni locali, regionali e nazionali, tese ad aumentare la capacità delle imprese di svolgere un'appropriate valutazione e gestione del rischio.
 - Le patologie professionali dell'apparato muscolo scheletrico (MSK), per lo più connesse a condizioni di sovraccarico biomeccanico lavorativo, rappresentano, secondo i dati INAIL, la maggioranza assoluta delle patologie professionali denunciate e riconosciute in Italia (nel 2016, le patologie MSK, inclusive della STC, classificata tra le patologie del sistema nervoso rappresentavano circa il 75% di tutte le patologie professionali denunciate e il 78% di quelle riconosciute; nel 2018, in base ai dati INAIL si stima che le stesse patologie MSK abbiano rappresentato quasi l'80% delle patologie professionali denunciate). Tuttavia, numerose informazioni di contesto fanno ritenere che molte di queste patologie lavorative non siano oggetto di specifica notifica/denuncia agli organi della P.A. La crescente diffusione di queste patologie, sicuramente meno gravi rispetto ai tumori professionali, e la loro presunta sottonotifica, sono alla base del presente piano in piena continuità con le azioni già previste in una specifica linea di attività del PNP 2014-2018 (prorogato al 2019), che ha consentito già la realizzazione di attività significative in tale direzione, tra le quali: creazione di un gruppo nazionale interistituzionale di coordinamento e supporto tecnico-scientifico della linea di lavoro; messa a punto e diffusione di linee di indirizzo per la valutazione e gestione del rischio rispettivamente da Movimentazione Manuale dei Carichi e da Sovraccarico Biomeccanico degli arti superiori, approvati dal Coordinamento Interregionale Area Prevenzione e Sanità Pubblica; messa a punto di programmi di formazione/aggiornamento degli operatori ASL; messa a punto di procedure e specifiche schede di lavoro per un modello partecipato di intervento proprio del piano mirato, basato su aspetti di condivisione tra attori coinvolti, su attività promozionali di assistenza alle imprese e, solo in seconda battuta, su interventi di vigilanza vera e propria; messa a punto, seppur ancora in corso, di altri documenti di indirizzo (es. sorveglianza sanitaria dei lavoratori esposti a condizioni di sovraccarico biomeccanico, valutazione del rischio da movimentazione dei malati non autosufficienti).
- Nel presente Programma, tali attività saranno ulteriormente implementate e consolidate. Pertanto, i principali obiettivi restano: favorire la emersione delle patologie professionali muscolo-scheletriche; implementare le capacità del sistema pubblico e privato di valutare e gestire le diffuse condizioni di sovraccarico biomeccanico lavorativo per una adeguata prevenzione delle patologie professionali MSK e dei relativi esiti; implementare i flussi Ospedale-ASL per alcune patologie MSK (Ernia discale lombare e Sindrome del tunnel carpale) passibili di ricovero (ordinario o Day Hospital) con l'obiettivo di sviluppare iniziative di ricerca attiva delle malattie professionali MSK. In particolare sarà consolidata una "nuova" modalità proattiva di intervento, tipica del piano mirato di prevenzione che, pur coerente con i disposti normativi vigenti, rappresenta un'evoluzione del "controllo" nelle imprese, sicuramente a vantaggio di efficienza della Pubblica Amministrazione e potenzialmente più efficace essendo in grado di coniugare l'assistenza con la vigilanza. Essa rappresenta uno strumento innovativo di controllo, fondato sulla conduzione di processi di prevenzione volti al miglioramento delle misure generali di tutela e non alla sola verifica dell'applicazione della norma. In essa, l'azione dei Servizi specifici delle ASL si orienta verso il supporto/assistenza al mondo del lavoro, facilitando l'accesso delle imprese alla conoscenza, ovvero valutazione e corretta gestione dei rischi: in questo quadro è di fondamentale importanza sostenere i datori di lavoro nel percorso di autovalutazione del livello di sicurezza nella gestione dei rischi e nell'organizzazione della sicurezza aziendale.
- Lo stress lavoro-correlato (SLC) rappresenta un problema di salute dovuto al lavoro che si è accentuato in questi anni per i notevoli cambiamenti dell'organizzazione del lavoro e dell'andamento del mercato del lavoro, con evidenti ripercussioni anche al livello di

produttività delle aziende e al livello economico. Collegato a questo tema è sempre più necessario inquadrare nell'ambito delle attività di prevenzione dei rischi psicosociali le molestie, violenze, aggressioni nei luoghi di lavoro, con particolare riferimento alla sanità. Il Programma intende contribuire all'accrescimento ed al miglioramento complessivo del sistema di gestione dei cosiddetti rischi psicosociali, attraverso un piano di monitoraggio sullo stato di attuazione delle indicazioni normative e tecniche, definizione di standard per gli interventi formativi e la realizzazione di azioni mirate di prevenzione. Lo sviluppo del programma prevede: la verifica dell'efficacia dell'applicazione dell'obbligo di valutazione dello SLC a livello regionale attraverso il monitoraggio delle attività di vigilanza da parte dei Servizi delle ASL; l'*empowerment*, attraverso un'attività di informazione/formazione specifica, nell'ottica di un miglioramento continuo dell'approccio alla valutazione e gestione di tale rischio, del personale dei servizi delle ASL e delle figure aziendali del sistema di prevenzione, in particolare del Rappresentante di Lavoratori per la Sicurezza; la produzione di un report nazionale e regionale; la diffusione di materiale informativo/divulgativo per le aziende; la realizzazione di iniziative informative/formative nei confronti di aziende, associazioni, figure aziendali della prevenzione, sindacati, consulenti, etc; la sottoscrizione di accordi intersettoriali con le parti Sociali, gestiti all'interno del Comitato ex art. 7 del D.Lgs 81/2008.

Il Programma, in linea con principi e obiettivi del PNP, adotta le lenti dell'equità, secondo il modello operativo proposto dal PNP (HEA), che prevede le seguenti fasi: elaborazione del profilo di salute ed equità, identificazione di aree/gruppi a più alto rischio di esposizione o di vulnerabilità ai fattori di rischio, conseguente adeguamento/orientamento dell'intervento in termini di disegno e allocazione, valutazione di impatto.

3.8.3.2 Sintesi delle principali evidenze e buone pratiche e relative fonti

1. *Estimating the burden of occupational cancer: assessing bias and uncertainty.* Hutchings S1, Rushton L1. *Occup Environ Med.* 2017 Aug;74(8):604-611
2. *The fraction of cancer attributable to lifestyle and environmental factors in the UK in 2010.* Parkin DM1, Boyd L, Walker LC., *Br J Cancer.* 2011 Dec 6;105 Suppl2:S77-81
3. *The Italian Surveillance System for Occupational Cancer: Characteristics, Initial Results and Future Prospects.* Paolo Crosignani et al, *Am J Ind Med* 2006, 49: 791-798
4. *IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans*
5. *The causes of cancer: quantitative estimates of avoidable risks of cancer in the United States today.* Doll R, Peto R., *J Natl Cancer Inst.* 1981 Jun; 66(6):1191-308
6. <http://www.occam.it/matrix/index.php>
7. <http://hazmap.nlm.nih.gov/index.php>
8. <http://www.dors.it/matline>
9. *Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 (prorogato al 2019): linee di indirizzo per l'applicazione del titolo VI del D. Lgs. 81/08 e per la valutazione e gestione del rischio connesso alla Movimentazione Manuale di Carichi (MMC) (Documento Coordinamento Interregionale Area Prevenzione e Sanità Pubblica-2016)*
10. *Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 (prorogato al 2019): linee di indirizzo per la prevenzione delle patologie muscolo scheletriche connesse con movimenti e sforzi ripetuti degli arti superiori (Documento Coordinamento Interregionale Area Prevenzione e Sanità Pubblica-2018)*
11. *E. Occhipinti, D. Colombini. A toolkit for the analysis of biomechanical overload and prevention of WMSDs: criteria, procedures and tool selection in a step-by-step approach.* *International Journal of Industrial Ergonomics*, 52, 18-28, 2016
12. *Linee di indirizzo per la Sorveglianza Sanitaria dei soggetti esposti al rischio da sovraccarico biomeccanico – Gruppo Tecnico Interregionale SLL*
13. *Linee di indirizzo per la prevenzione delle patologie muscolo scheletriche connesse con movimenti e sforzi ripetuti degli arti superiori – Gruppo Tecnico Interregionale SLL* La metodologia per la valutazione e gestione del rischio stress lavoro-correlato - Manuale ad uso delle aziende in attuazione del d.lgs. 81/2008 e s.m.i. - INAILCOLLANA RICERCHE - Dipartimento di medicina, epidemiologia, igiene del lavoro e ambientale - Coordinamento scientifico: Sergio Iavicoli, Benedetta Persechino
14. *Cristina Di Tecco, Matteo Ronchetti, Monica Ghelli, Benedetta Persechino, Sergio Iavicoli-La gestione del rischio stress lavoro-correlato nelle aziende nell'ottica di processo e prevenzione: approfondimenti sulla metodologia INAIL- Giornale italiano di psicologia-II Mulino 1-2/2019, gennaio-giugno*
15. *Antonia Ballottin, Daniele Berto- Rischi psicosociali ed attività preventiva nelle aziende Giornale italiano di psicologia 1-2/2019, gennaio-giugno*
16. *DECRETO 10 giugno 2014 - Approvazione dell'aggiornamento dell'elenco delle malattie per le quali è obbligatoria la denuncia, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 139 del Testo Unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124 e successive modificazioni e integrazioni.*
17. *Accordo quadro europeo sulle molestie e la violenza nel luogo di lavoro 2007*
18. *Convenzione e Raccomandazione sull'eliminazione della violenza e delle molestie nel mondo del lavoro, ILO 2019*
19. *Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari Ministero della Salute 2007*
20. <http://www.istat.it/it/archivio/209107>
21. <https://www.inail.it/cs/internet/attivita/ricerca-e-tecnologia/area-salute-sul-lavoro/rischi-psicosociali-e-tutela-dei-lavoratori-vulnerabili/rischio-stress-lavoro-correlato.html>
22. *Coordinamento Tecnico Interregionale della Prevenzione nei luoghi di lavoro Decreto Legislativo 81/2008 s. m. i.- STRESS LAVORO-CORRELATO Indicazioni per la corretta gestione del rischio e per l'attività di vigilanza alla luce della lettera circolare del 18 novembre 2010 del MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI*
23. *Coordinamento Tecnico Interregionale della Prevenzione nei luoghi di lavoro- Decreto Legislativo 81/2008 s. m. i. STRESS LAVORO-CORRELATO- Piano formativo per gli operatori dei servizi di prevenzione e sicurezza negli ambienti di Lavoro*

3.8.3.3 Declinazione a livello regionale del Programma



Il programma si occuperà della valutazione e conoscenza del rischio cancerogeno professionale, della conoscenza delle patologie dell'apparato Muscolo-Scheletrico e del rischio Stress Correlato al Lavoro. Questi obiettivi si muovono trasversalmente anche nell'ambito della valutazione, prevenzione e gestione degli infortuni ed incidenti sul lavoro, le malattie professionali connesse anche al problema dell'ambiente, clima e salute.

Azione 8.1 – Prevenzione Del Rischio Cancerogeno Professionale. Le conoscenze sulle problematiche, in particolare dei tumori professionali, comporterà il miglioramento delle conoscenze del fenomeno sul territorio, nelle imprese e nei comparti produttivi al fine di consentire l'emersione di eventuali fenomeni anomali per poter programmare adeguate azioni di prevenzione.

Continuerà l'attività di registrazione nell'ambito del Cor-Mesoteliomi affinando le tecniche di recupero dei dati e delle gestioni dei casi e verrà attivato il registro relativo ai tumori del naso e rinofaringe con l'attivazione del Cor-ReNaTuNS.

L'attività del COR-Mesotelioma della regione Molise è stato avviato nel 2014, attualmente è in via di pubblicazione il VII Rapporto del RENAM ma dal VI Rapporto del 2018 possiamo mostrare una tabella sintetica dei dati ai casi di mesoteliomi certi, probabili o possibili segnalati per sede anatomica e COR di segnalazione.

VI Rapporto ReNaM

Tabella 2 Numero di casi di MM certo, probabile o possibile segnalati al ReNaM per sede anatomica di insorgenza e COR di segnalazione (Italia, 1993 - 2015, N = 27.356)

COR di segnalazione	Sede anatomica di insorgenza									
	Pleura		Peritoneo		Pericardio		Tunica vaginale del testicolo		Totale	
Piemonte	4.182	92,3%	333	7,3%	12	0,3%	4	0,1%	4.531	100,0%
Valle d'Aosta	48	98,0%	1	2,0%	-	0,0%	-	0,0%	49	100,0%
Lombardia	5.329	93,8%	316	5,6%	12	0,2%	23	0,4%	5.680	100,0%
Veneto	1.976	93,2%	136	6,4%	2	0,1%	6	0,3%	2.120	100,0%
Friuli-Venezia Giulia	1.090	93,0%	77	6,6%	1	0,1%	4	0,3%	1.172	100,0%
Liguria	2.792	96,6%	88	3,0%	5	0,2%	4	0,1%	2.889	100,0%
Emilia-Romagna	2.228	90,9%	196	8,0%	9	0,4%	18	0,7%	2.451	100,0%
Toscana	1.478	92,7%	104	6,5%	5	0,3%	7	0,4%	1.594	100,0%
Umbria	176	91,7%	16	8,3%	-	0,0%	-	0,0%	192	100,0%
Marche	537	91,5%	47	8,0%	1	0,2%	2	0,3%	587	100,0%
Lazio	1.054	90,3%	110	9,4%	2	0,2%	1	0,1%	1.167	100,0%
Abruzzo	156	93,4%	11	6,6%	-	0,0%	-	0,0%	167	100,0%
Molise	20	76,9%	4	15,4%	2	7,7%	-	0,0%	26	100,0%
Campania	1.453	93,5%	97	6,2%	1	0,1%	3	0,2%	1.554	100,0%
Puglia	1.082	90,8%	101	8,5%	4	0,3%	4	0,3%	1.191	100,0%
Basilicata	88	95,7%	4	4,3%	-	0,0%	-	0,0%	92	100,0%
Calabria	56	80,0%	14	20,0%	-	0,0%	-	0,0%	70	100,0%
Sicilia	1.362	93,7%	88	6,1%	2	0,1%	1	0,1%	1.453	100,0%
Sardegna	205	93,2%	14	6,4%	-	0,0%	1	0,5%	220	100,0%
P.A. Bolzano	37	90,2%	3	7,3%	-	0,0%	1	2,4%	41	100,0%
P.A. Trento	101	91,8%	9	8,2%	-	0,0%	-	0,0%	110	100,0%
Totale	25.450	93,0%	1.769	6,5%	58	0,2%	79	0,3%	27.356	100,0%

E' facile verificare che i dati recuperati sono relativi a soli 26 pazienti, 20 dei quali con patologia della pleura, 4 con patologia a carico del peritoneo, 2 a carico del pericardio e nessuna diagnosi di malattia della tunica vaginale del testicolo.

Nonostante i numeri siano piuttosto piccoli, verranno comunque prodotti report annuali per entrambi i Cor.

Azione 8.2 – Prevenzione delle Patologie Professionali dell'Apparato Muscolo-Scheletrico. Verosimilmente sarà necessario organizzare un gruppo regionale di studio sul fenomeno con l'obiettivo di formare e aggiornare gli operatori ASReM sulle tematiche delle problematiche in oggetto, sulla individuazione degli attori da coinvolgere, la definizione di un modello di valutazione delle imprese e dei lavoratori a rischio di sovraccarico biomeccanico.

Azione 8.3 – Prevenzione Del Rischio Stress Lavoro-Correlato. Anche per questa azione, verosimilmente, sarà necessario organizzare un gruppo regionale di studio sul fenomeno con l'obiettivo di formare e aggiornare gli operatori ASReM sulle tematiche delle problematiche in oggetto, sulla individuazione degli attori da coinvolgere, la definizione di un modello di valutazione delle imprese e dei lavoratori a rischio di Stress Lavoro-Correlato.

Probabilmente sarà più semplice individuare un sistema di valutazione della problematica utilizzato il setting dei lavoratori della sanità.

Tra le categorie professionali più a rischio per stress lavoro-correlato, rientrano gli operatori del settore sanitario, dagli OOS agli educatori di comunità, dai medici agli infermieri.

Il personale infermieristico e medico soprattutto se impiegato nei turni di notte, operanti in ambienti ad alto rischio quali i P.S., il 118, ed in questi ultimi due anni i lavoratori delle rianimazioni e dei reparti COVID, sono tra i più soggetti a disagi fisici e psicologici, in massima parte causati da eccessivi carichi di lavoro, e continue assunzioni di decisioni e responsabilità, con il rischio di sviluppare sindromi depressive, ansia, insonnia, stress.

Oltre a questi aspetti, non meno importanti sono gli oltre 4000 casi di violenza sul luogo di lavoro registrati in un anno in Italia, più di 1200 riguardano operatori della sanità; di sicuro è anche un problema di genere poiché di questi infortuni denunciati all'INAIL il 71% ha riguardato donne.

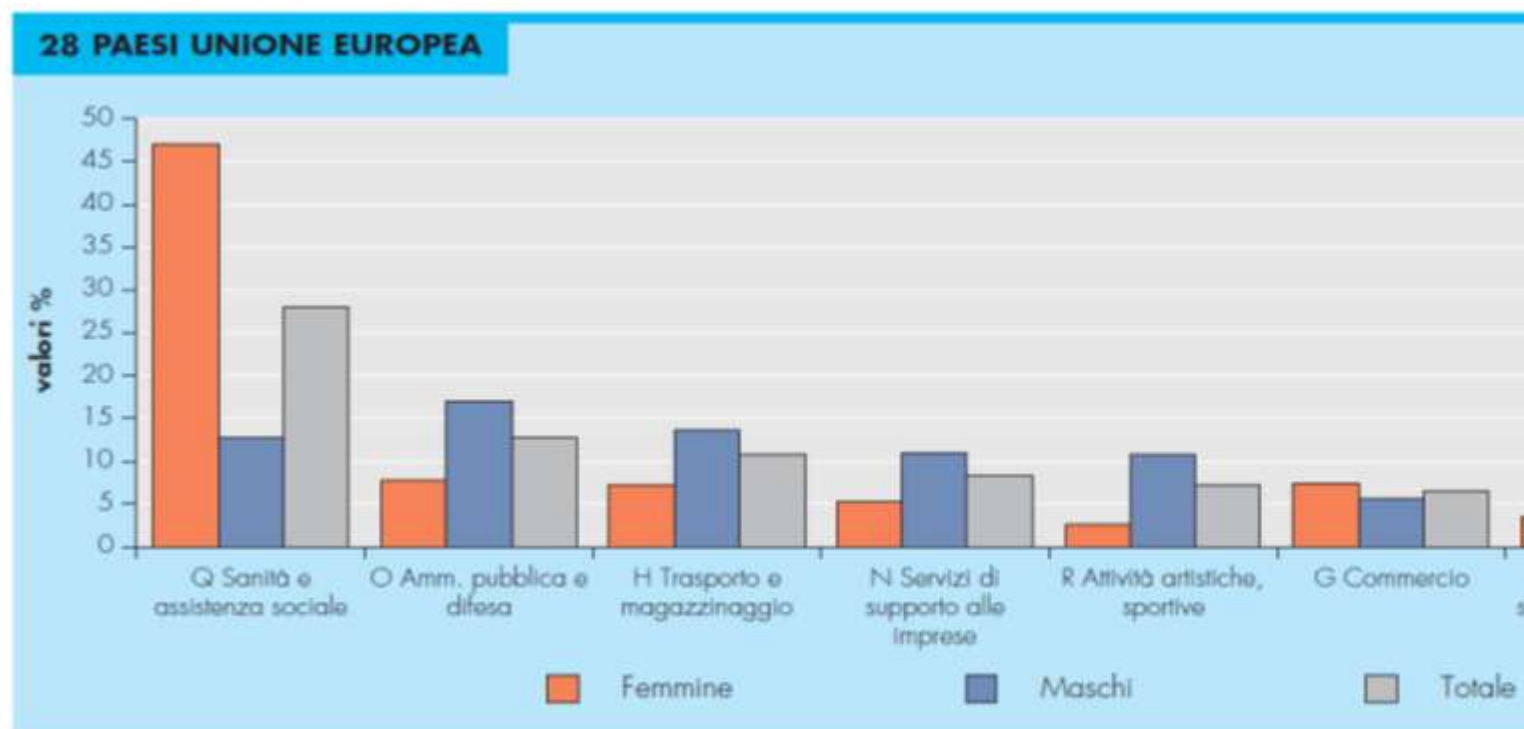
VIOLENZA, AGGRESSIONE, MINACCIA (VAR. ESAW/3 DEVIAZIONE: CODICI 82, IN OCCASIONE DI LAVORO ACCERTATI POSITIVAMENTE PER PROFESSIONE E GE

Professione (codifica Istat-CP2011), le principali	Femmine
Specialisti, tecnici della salute e servizi sanitari e sociali e assistenza personale (medici, infermieri, portantini, badanti, ecc.)	42,7%
Agricoltori e operai specializzati dell'agricoltura, della zootecnia, della pesca e della caccia	6,7%
Professioni qualificate nei servizi di sicurezza, vigilanza e custodia (vigili, guardie giurate)	4,1%
Conduttori di veicoli, di macchinari (autisti di autobus, taxi, treni ...)	1,0%
Specialisti e personale non qualificato della formazione (docenti, professori, bidelli...)	11,8%
Impiegati addetti al controllo-raccolta/recapito della documentazione (controllori, postini)	5,0%
Impiegati addetti ai movimenti di denaro (es. banche, poste, biglietterie) e all'assistenza clienti	4,0%
...	...
Totale	100,0%

Fonte: Archivi Banca dati statistica al 30/04/2018 - Anni accadimento 2013-2016

Mentre per i soli codici 82, 83, 84 della codifica ISTAT-CP2011 delle professioni, oltre il 42% riguarda le femmine del comparto salute mentre quasi il 25% del totale (F+M) riguarda la sanità.

Peraltro quello della sanità sembra essere il comparto "più gettonato" anche negli altri paesi europei, dove ancora una volta sono le donne a pagare il prezzo più alto, come mostra la tabella.



Mentre le classi di età maggiormente coinvolte sono quelle fra i 25-54 anni.


**SORPRESA, SPAVENTO, VIOLENZA, AGGRESSIONE, MINACCIA, PRESENZA (VAR. ESA
GRUPPO 80) - INFORTUNI INDENNIZZATI (ESCLUSI ITINERE) PER CLASSE D'ETA' E G**

Classe d'età	Femmine	Infortuni Maschi	Totale	Femmine	C
Fino a 24 anni	11,3%	12,3%	11,9%	0,0%	
25-54 anni	74,9%	74,9%	74,9%	70,0%	
55 anni e oltre	13,7%	12,7%	13,1%	30,0%	
indeterminata	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	
Totale	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Fonte: EUROSTAT - Ue28

I maggiori indicatori di stress lavoro-correlato da analizzare sono sicuramente:

- assenteismo;
- conflittualità e difficoltà relazionali;
- infortuni, malattie personali;
- cambio di mansione;
- assuefazione da sostanze calmanti o stimolanti;
- disturbi del comportamento alimentare, disturbi gastroenterici, cardiocircolatori, respiratori, sessuali (impotenza), urogenitali (alterazioni mestruali, incontinenza), disturbi del sonno;
- stato depressivo, pessimismo, autocritica, cattivo umore, tendenze suicidarie;
- indecisione e insicurezza;
- impazienza e suscettibilità.

Analisi SWAT del contesto



ANALISI SWAT	POSITIVI Vantaggi e opportunità	
INTERNI	STRENGTHS -Punti di forza <ul style="list-style-type: none"> • Partenariati: l'esperienza dei precedenti piani ha consentito di avviare collaborazioni con molte strutture istituzionali (INAIL, ASREM, ARPA, datori di lavoro e forze sociali) tali da poter contare su professionalità e disponibilità necessarie • Risorse: sono prevalentemente risorse strutturali e tecnologiche che potranno essere utilizzate nel corso di sviluppo del piano • Staff: totale disponibilità delle strutture regionali alla collaborazione con lo staff costituito da diverse professionalità che possono garantire visioni più ampie • Valutazione piano precedente: dal piano precedente si desume che alcuni "obblighi" (es.RENAM) sono stati assolti e sono già avviate a soluzione le problematiche del COR-ReNaTuNS. 	WEAKNESS-Punti di debolezza <ul style="list-style-type: none"> • Manca una piattaforma costitutiva delle condizioni pianificate • Manca una struttura pesante che sovrastenda i cui divisi certi e • Scarsità di risorse espresse • Scarsità di risorse dal COR consentendo settori di comprese • Lavoro di lavoro di collettività sofferente
	OPPORTUNITIES-Opportunità <ul style="list-style-type: none"> • Predisposizione partner: le relazioni esistenti fra le varie istituzioni da coinvolgere nel piano e che in passato hanno già condiviso i piani della prevenzione 	THREATS-Minacce <ul style="list-style-type: none"> • COVID caratteristiche note della crisi della comunità nella



Rinnovare e ricostruire adeguate collaborazioni fra il mondo del lavoro, nelle sue declinazioni sociali (datori di lavoro e forze sociali) da un lato, e mondo della politica e della sanità dall'altro, sono la struttura portante di tutti i modelli per la costruzione di un *Total Worker Health* prefigurato come il miglior approccio ad un ambiente di lavoro privo di pericoli per tutti i lavoratori, prevedendo in tutti gli aspetti del lavoro interventi integrati che affrontino collettivamente la sicurezza, la salute ed il benessere dei lavoratori, garantendo così un lavoro più sicuro e più sano.

3.8.4 Obiettivi e indicatori delle azioni trasversali

INTERSETTORIALITÀ

PP08_OT02	Confronto strutturato a livello regionale e territoriale, con Enti e Parti Sociali, su obiettivi e strumenti per le attività di prevenzione, controllo e informazione, nell'ambito del Comitato di Coordinamento di cui all'art. 7 del D.Lgs. 81/2008
PP08_OT02_IT01	Operatività Comitati di Coordinamento ex art 7
formula	Confronto nei tavoli territoriali del Comitato ex. art. 7 del d.Lgs.81/08 con le parti sociali e datoriali su obiettivi e strumenti utilizzati per le attività di prevenzione, vigilanza e controllo, informazione
Standard	Almeno 2 incontri annui nei quali sia documentata la condivisione degli obiettivi e delle strategie dei PMP (livello regionale/territoriale con redazione dei relativi verbali)
Fonte	Regione

FORMAZIONE

PP08_OT03	Formazione degli operatori dei Servizi delle ASL su temi prioritari inerenti le metodologie di valutazione e gestione del rischio (cancerogeno, ergonomico, psicosociale), al fine di rendere più efficaci e proattive le attività di controllo e assistenza
PP08_OT03_IT02	Formazione incentrata su metodologie efficaci di verifica della valutazione del rischio
formula	Realizzazione, in ogni Regione, di iniziative di formazione specifica rivolta agli operatori delle ASL e alle figure aziendali della prevenzione
Standard	Almeno 1 iniziativa annuale (incontro/seminario/convegno)
Fonte	Regione



COMUNICAZIONE

PP08_OT05	Elaborazione e diffusione di documenti tecnici relativi alla prevenzione dei rischi (cancerogeno, ergonomico, psicosociale)
PP08_OT05_IT03	Comunicazione dell'approccio al rischio
formula	Realizzazione, aggiornamento e diffusione di buone pratiche e materiale documentale/informativo, anche tramite accordi interistituzionali, in ordine all'approccio "sistemico" del rischio, nei portali web istituzionali e in quelli degli stakeholder
Standard	Realizzazione di almeno 1 intervento di comunicazione/informazione per anno, a partire dal 2022
Fonte	Regione

EQUITÀ

PP08_OT06	Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative
PP08_OT06_IT04	Lenti di equità
formula	Adozione dell'HEA
Standard	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2021
Fonte	Regione

3.8.5 Obiettivi e indicatori specifici

PP08_OS01	Definizione partecipata di strategie di intervento (controllo e assistenza) mirate al contrasto dei rischi specifici (cancerogeno, ergonomico, psicosociale) per favorire l'incremento dell'estensione e della omogeneità sul territorio nazionale delle attività di controllo, di informazione e di assistenza avvalendosi di strumenti efficaci, quali il Piano Mirato di Prevenzione (PMP)
PP08_OS01_IS01	Piano Mirato di Prevenzione come misura di contrasto ad infortuni e malattie professionali
formula	presenza



Standard	2022: presenza documento di buone pratiche condivise e scheda di autovalutazione, strutturati secondo le specifiche del PMP, per ciascun rischio; 2023: formazione degli operatori e assistenza alle imprese in merito ai contenuti del documento; 2024, 2025: monitoraggio dell'attuazione dei PMP nell'ambito dell'attività di vigilanza
Fonte	Regione
PP08_OS02	Promozione della qualità, dell'appropriatezza e dell'efficacia della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica svolta dai medici competenti
PP08_OS02_IS02	Sorveglianza Sanitaria Efficace
formula	Promozione della qualità, dell'appropriatezza e dell'efficacia della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica svolta dai medici competenti (artt. 25, 40, 41 e 42 Dlgs 81/08)
Standard	(per tutti gli anni): realizzazione di un Report annuale (art. 40 Allegato 3B): 2022: presenza documento di buone pratiche condivise inerente alla sorveglianza sanitaria; 2023: formazione degli operatori dei servizi e dei medici competenti, 2024, 2025: verifica dell'applicazione delle buone pratiche nell'ambito dell'attività di vigilanza
Fonte	Regione

3.8.6 Azioni

PROGRAMMA	PP08
TITOLO AZIONE (1 di 7)	(RI)DEFINIZIONE DEL COORDINAMENTO REGIONALE DEL PIANO DELLA PREVENZIONE
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.9 Attivazione tavoli/gruppi di lavoro con rappresentanti di altri Settori
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS02 Promozione della qualità, dell'appropriatezza e dell'efficacia della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica svolta dai medici competenti	
OS02IS02	Sorveglianza Sanitaria Efficace
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT02 Confronto strutturato a livello regionale e territoriale, con Enti e Parti Sociali, su obiettivi e strumenti per le attività di prevenzione, controllo e informazione, nell'ambito del Comitato di Coordinamento di cui all'art. 7 del D.Lgs. 81/2008	



OT02IT01	Operatività Comitati di Coordinamento ex art 7
CICLO DI VITA	età adulta;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	ambiente di lavoro;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

Il Coordinamento Regionale del PRP:

- provvederà a promuovere e coordinare i Gruppi di Lavoro (GdL) dei tre temi del Programma Mirato.
- Individuerà un referente per gestire e migliorare i rapporti con altri settori istituzionali.
- Attiverà tutte le possibili collaborazioni con le pubbliche amministrazioni (INAIL, INPS, Scuola, Polizia di Stato, ecc.)

PROGRAMMA	PP08
TITOLO AZIONE (2 di 7)	FORMAZIONE, INFORMAZIONE, ASSISTENZA NELL'AMBITO DEL PMP
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.5 Formazione congiunta "operatori sanitari e sociosanitari e altri Settori"
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 Definizione partecipata di strategie di intervento (controllo e assistenza) mirate al contrasto dei rischi specifici (cancerogeno, ergonomico, psicosociale) per favorire l'incremento dell'estensione e della omogeneità sul territorio nazionale delle attività di controllo, di informazione e di assistenza avvalendosi di strumenti efficaci, quali il Piano Mirato di Prevenzione (PMP)	
OS01IS01	Piano Mirato di Prevenzione come misura di contrasto ad infortuni e malattie professionali
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT03 Formazione degli operatori dei Servizi delle ASL su temi prioritari inerenti le metodologie di valutazione e gestione del rischio (cancerogeno, ergonomico, psicosociale), al fine di rendere più efficaci e proattive le attività di controllo e assistenza	
OT03IT02	Formazione incentrata su metodologie efficaci di verifica della valutazione del rischio
CICLO DI VITA	età adulta;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	ambiente di lavoro;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

- Iniziative di formazione sia sul metodo del PRP che sulle metodologie e gestione del rischio, rivolte agli operatori SPreSAL e alle figure aziendali della prevenzione. Le azioni formative saranno svolte in collaborazione con INAIL, associazioni dei datori di lavoro e organizzazioni dei lavoratori, previa condivisione/confronto in ambito CRC
- La formazione regionale sarà rivolta ad almeno 2/3 operatori SPreSAL dell'ASReM

PROGRAMMA	PP08
TITOLO AZIONE (3 di 7)	DEFINIZIONE DEL GRUPPO DI LAVORO (GdL) DI PROGRAMMA
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.5 Formazione congiunta "operatori sanitari e sociosanitari e altri Settori"
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS02 Promozione della qualità, dell'appropriatezza e dell'efficacia della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica svolta dai medici competenti	
OS02IS02	Sorveglianza Sanitaria Efficace
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT02 Confronto strutturato a livello regionale e territoriale, con Enti e Parti Sociali, su obiettivi e strumenti per le attività di prevenzione, controllo e informazione, nell'ambito del Comitato di Coordinamento di cui all'art. 7 del D.Lgs. 81/2008	
OT02IT01	Operatività Comitati di Coordinamento ex art 7
CICLO DI VITA	età adulta;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	ambiente di lavoro;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

- Il Gruppo di Lavoro (GdL) verrà suddiviso in tre sottogruppi che coordineranno il lavoro dei temi del Programma Mirato.
- Ogni sottogruppo avrà un referente per coordinare le azioni specifiche.
- Attiverà tutte le possibili collaborazioni con le pubbliche amministrazioni (INAIL, INPS, Scuola, Polizia di Stato, ecc.)



PROGRAMMA	PP08
TITOLO AZIONE (4 di 7)	PMP PATOLOGIE PROFESSIONALI DELL'APPARATO MUSCOLO-SCHELETRICO
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A PROMUOVERE LA SICUREZZA E LA TUTELA DELLA SALUTE DEI CITTADINI, LAVORATORI E CONSUMATORI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	6.1 Organizzazione/miglioramento/sviluppo delle attività di controllo/ispezione/vigilanza
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 Definizione partecipata di strategie di intervento (controllo e assistenza) mirate al contrasto dei rischi specifici (cancerogeno, ergonomico, psicosociale) per favorire l'incremento dell'estensione e della omogeneità sul territorio nazionale delle attività di controllo, di informazione e di assistenza avvalendosi di strumenti efficaci, quali il Piano Mirato di Prevenzione (PMP)	
OS01IS01	Piano Mirato di Prevenzione come misura di contrasto ad infortuni e malattie professionali
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT03 Formazione degli operatori dei Servizi delle ASL su temi prioritari inerenti le metodologie di valutazione e gestione del rischio (cancerogeno, ergonomico, psicosociale), al fine di rendere più efficaci e proattive le attività di controllo e assistenza	
OT03IT02	Formazione incentrata su metodologie efficaci di verifica della valutazione del rischio
OT05 Elaborazione e diffusione di documenti tecnici relativi alla prevenzione dei rischi (cancerogeno, ergonomico, psicosociale)	
OT05IT03	Comunicazione dell'approccio al rischio
CICLO DI VITA	età adulta;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	ambiente di lavoro;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

La Regione Molise avvia l'attuazione di un Piano Mirato di Prevenzione (PMP) per la prevenzione delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico sul territorio della ASReM (l'intero territorio regionale).

Di seguito le fasi del PMP che seguirà la ASReM per lo sviluppo delle attività.

Fase 1 – ASSISTENZA

Attività per attuare la Fase 1:



Attività 1 – Progettazione (da attuarsi tra settembre 2021 e marzo 2022)

L'attività di Progettazione sarà svolta da uno specifico gruppo di lavoro regionale (GdL), in collaborazione con la ASReM, che condividerà il PMP con le parti sociali nell'ambito del CRC. La progettazione sarà attuata nel rispetto delle seguenti fasi:

- a. organizzazione della formazione del gruppo di lavoro regionale dedicato allo sviluppo del PMP: i partecipanti al gruppo di lavoro per la redazione dei PMP saranno oggetto di una formazione a livello regionale dedicata all'applicazione della metodologia del PMP;
- b. definizione dei criteri di ricerca/selezione e delle modalità di coinvolgimento delle imprese: saranno definiti i criteri di selezione delle imprese da coinvolgere nell'ambito del PMP da parte dello SPreSAL. Verranno utilizzate le informazioni presenti negli archivi degli SPreSAL e di quelle presenti nei Flussi Informativi INAIL-Regioni. Saranno definite, inoltre, dal GdL le modalità da adottare per il coinvolgimento delle imprese del proprio territorio, avvalendosi dei vari organismi di categoria, OOSS, ecc.;
- c. esame di buone prassi/buone pratiche e redazione del relativo documento: sarà effettuato l'esame di buone prassi/buone pratiche e soluzioni organizzative efficaci per ridurre il rischio oggetto del PMP, di materiale documentale/informativo relativo all'approccio al rischio, alla promozione della qualità, dell'appropriatezza e dell'efficacia della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica svolta dai medici competenti (artt. 25, 40, 41, 42DLgs 81/08). Tale materiale sarà raccolto in un Documento di buone prassi/buone pratiche che sarà presentato e condiviso nei seminari di avvio e reso fruibile anche con la pubblicazione sui siti web istituzionali della Regione e delle istituzioni aderenti al PMP.
- d. predisposizione della scheda di autovalutazione: sarà predisposta la scheda di autovalutazione aziendale da somministrare alle imprese, anche adattando alla realtà locale eventuali schede già disponibili e, comunque, tenendo in considerazione i contenuti del Documento di buone prassi/buone pratiche. Saranno stabiliti anche i tempi e le modalità di riconsegna da parte delle imprese, delle schede di autovalutazione debitamente compilate. La scheda di autovalutazione dovrà contenere anche specifiche sezioni che consentano di rilevare l'applicazione delle Buone Prassi relative alla Sorveglianza Sanitaria;
- e. predisposizione del materiale per i Seminari e le modalità di organizzazione: il GdL progetterà l'attuazione dei seminari, selezionerà i relatori, definirà una segreteria organizzativa per la pianificazione degli incontri formativi e che provvederà agli inviti per i relatori, all'invito per le imprese e i responsabili sindacali per la sicurezza, le OO.SS. ecc.



- f. organizzazione della formazione degli operatori SPRESAL: il GdL definirà il programma per la formazione del personale SPreSAL che attuerà il PMP. La formazione verterà sulle modalità di predisposizione di un PMP per la prevenzione delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico quali per es. i contenuti del Documento di buone prassi/buone pratiche, sulla scheda di autovalutazione, sulle strategie di intervento mirate al contrasto del rischio da esposizione oggetto del PMP, sull'approccio al rischio, sulla promozione della qualità, dell'appropriatezza e dell'efficacia della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica svolta dai medici competenti. Sarà a cura del GdL per la prevenzione delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico l'organizzazione e l'attuazione dei corsi, nel 2022, come meglio descritto nell'Attività 3;

- g. modalità organizzative delle attività di formazione per le figure aziendali della prevenzione delle imprese: il GdL progetterà le iniziative di formazione per le imprese, organizzate ed attuate dallo SPreSAL. Le attività di docenza saranno effettuate dal personale SPreSAL coinvolto nell'ambito del PMP per la prevenzione delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico e formato nell'Attività 3. La formazione in parola si affianca alla formazione obbligatoria prevista per legge, ed è funzionale ai contenuti e agli obiettivi del PMP. La progettazione terrà conto anche degli obiettivi e dei relativi indicatori dell'azione trasversale "Formazione" del PP6 e verrà prevista almeno una iniziativa annuale, a partire dal 2023 (poiché nel 2022 le iniziative di formazione saranno dedicate al personale dello SPreSAL di cui al punto a). La formazione verterà sui contenuti del Documento di buone prassi/buone pratiche di cui al punto b). Il GdL potrà rimodulare la progettazione della formazione nei successivi anni, anche sulla base dei dati a disposizione nel 2022 (come il numero di imprese coinvolte e, tra queste, quelle che hanno partecipato ai seminari di avvio) e per i successivi anni anche sulle informazioni contenute nelle schede di autovalutazione compilate dalle suddette imprese, al fine di tarare meglio gli interventi di formazione alle reali esigenze;

- h. individuazione degli indicatori per la valutazione dell'efficacia: il GdL individuerà gli indicatori per la valutazione dell'efficacia riguardo all'applicazione delle buone prassi/buone pratiche per la riduzione del rischio oggetto del PMP e delle buone pratiche per l'efficacia della sorveglianza sanitaria.

Attività 2 - Realizzazione dei seminari di avvio (da attuarsi nel 2022)

Sulla base di quanto progettato dal GdL nell'Attività 1, fra cui il criterio di selezione delle imprese adottato in fase di progettazione, lo SPreSAL selezionerà, anche mediante le informazioni presenti nei propri archivi, le imprese da coinvolgere nel PMP avvalendosi anche della collaborazione di associazioni di categoria, rappresentanze dei lavoratori, organismi paritetici, enti bilaterali, ecc. per assicurare la massima partecipazione.

Nei seminari di avvio rivolti alle imprese selezionate, da realizzare da parte del GdL in collaborazione con lo SPreSAL, si provvederà in particolare a presentare i PMP, le relative finalità e condividere gli obiettivi, a



presentare e condividere i Documenti di buone prassi/buone pratiche e le schede di autovalutazione aziendale da restituire successivamente, debitamente compilate, nei tempi e nei modi condivisi e definiti.

Attività 3 - Realizzazione della formazione del personale SPreSAL (da attuarsi nel 2022)

Sulla base di quanto predisposto dai GdL nell'attività 1, saranno organizzati e attuati dal GdL in collaborazione con ASReM e SPreSAL i corsi per il personale coinvolto che potrà avvalersi, sia nella fase organizzativa e sia in quella di realizzazione, anche di docenti esperti di livello nazionale nel settore della prevenzione del rischio relativo alle patologie professionali muscolo-scheletriche.

Attività 4 - Realizzazione della formazione delle figure aziendali della prevenzione e assistenza alle imprese (da attuarsi a partire dal 2023)

Sulla base di quanto predisposto dal GdL nell'attività 1, il personale SPreSAL, formato nella precedente Attività 3, attuerà almeno 1 intervento di formazione all'anno (iniziative/incontri/ seminari/convegni) per le imprese oggetto del PMP in ambito regionale sulle buone pratiche da adottare per la prevenzione delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico.

Gli interventi di formazione verteranno sui contenuti del Documento di Buone Prassi riportati nei punti precedenti e saranno rivolti alle seguenti figure: RLS, RLST, RSPP ASPP, Datori di lavoro, Medici Competenti, Associazioni di categoria, Organismi paritetici, Enti Bilaterali.

Lo SPreSAL inoltre - nei termini previsti dall'articolo 10 del DLgs 81/08 – offrirà assistenza alle aziende per l'applicazione delle buone pratiche e anche supporto nella compilazione della scheda di autovalutazione.

Fase 2 – VIGILANZA

Attività per attuare la Fase 2:

Attività 5 - Esame delle schede di autovalutazione (da attuarsi dal 2023 al 2024)

La scheda di autovalutazione aziendale predisposta nel corso dell'Attività 1, condivisa e consegnata nel corso del seminario di avvio alle imprese partecipanti al presente PMP, sarà compilata da parte di ogni impresa coinvolta nel PMP e riconsegnata allo SPreSAL nei tempi e nei termini stabiliti. Tali schede saranno oggetto di controllo da parte dello SPreSAL che, anche sulla base di quanto contenuto nelle suddette schede, individuerà le imprese su cui effettuare l'attività di ispezione.

Attività 6 – Ispezioni (da attuarsi tra il 2024 e il 2025)

Lo SPreSAL effettuerà le attività di ispezione in un campione di imprese tra quelle coinvolte nel PMP, partendo da quelle che non hanno partecipato alle iniziative previste dal PMP pur essendo state invitate, da quelle che non hanno restituito la scheda di autovalutazione e da quelle per le quali sono state rilevate situazioni a rischio dall'esame della scheda di autovalutazione.

Fase 3 – VALUTAZIONE DI EFFICACIA

Attività per attuare la Fase 3:

Attività 7 – Valutazione di efficacia (da attuarsi nel 2025).

Durante l'ultimo anno, sulla base degli indicatori per la valutazione dell'efficacia individuati dal GdL nel corso dell'Attività 1, verrà effettuata da parte dello SPreSAL, la valutazione dell'efficacia dell'intervento di prevenzione attuato attraverso l'elaborazione dei dati relativi alle risultanze delle attività della Fase2 Vigilanza (Esame delle schede di autovalutazione e Ispezioni), con riferimento all'applicazione delle buone pratiche, relative al PMP attuato, per la riduzione del rischio oggetto dei PMP e per l'efficace sorveglianza sanitaria.

I rappresentanti dello SPreSAL condivideranno le risultanze di tale verifica con il GdL per pervenire a una valutazione complessiva di efficacia a livello regionale.

A conclusione del PMP, i risultati verranno pubblicati sui siti web istituzionali della Regione e delle istituzioni aderenti al PRP.

Azione “SORVEGLIANZA SANITARIA EFFICACE”

Al fine di promuovere la qualità, l'appropriatezza e l'efficacia della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica svolta dai medici competenti (artt. 25, 40, 41 e 42 DLgs81/08) relativa alla prevenzione delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico, saranno attuate le seguenti attività:

1. annualmente sarà realizzato un Report di monitoraggio che conterrà l'analisi dei dati sanitari e di rischio dei lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria, trasmessi per via telematica dai medici competenti entro il primo trimestre dell'anno successivo a quello di riferimento, ai sensi dell'art. 40 del DLgs n.81/2008 e s.m.i., mediante l'apposita piattaforma informatica web predisposta dall'INAIL (divenuta operativa dal 1° giugno 2013) e resi disponibili in forma aggregata anche agli SPreSAL. Tale Report sarà pubblicato nel portale web istituzionali della Regione;
2. nel 2022 il GdL del PMP prevenzione del rischio di patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico predisporrà i Documenti di buone prassi/buone pratiche comprendenti anche le buone pratiche condivise inerenti alla sorveglianza sanitaria per i rischi oggetto del PMP;
3. nel 2023 sarà attuata l'attività di formazione dei medici competenti e degli operatori dei Servizi di prevenzione e protezione delle aziende, nell'ambito dell'attività Trasversale “Formazione” nella quale è prevista anche l'attività di formazione sulla qualità, appropriatezza ed efficacia della sorveglianza sanitaria periodica nei comparti/rischi oggetto del PMP prevenzione delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico;



4. negli anni 2024 e 2025 l'attività di verifica dell'applicazione delle buone pratiche inerenti alla sorveglianza sanitaria sarà attuata nell'ambito della Fase 3 "Valutazione di efficacia" del PMP relativo alla prevenzione delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico.

PROGRAMMA	PP08
TITOLO AZIONE (5 di 7)	PMP RISCHIO CANCEROGENO PROFESSIONALE
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A PROMUOVERE LA SICUREZZA E LA TUTELA DELLA SALUTE DEI CITTADINI, LAVORATORI E CONSUMATORI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	6.1 Organizzazione/miglioramento/sviluppo delle attività di controllo/ispezione/vigilanza
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 Definizione partecipata di strategie di intervento (controllo e assistenza) mirate al contrasto dei rischi specifici (cancerogeno, ergonomico, psicosociale) per favorire l'incremento dell'estensione e della omogeneità sul territorio nazionale delle attività di controllo, di informazione e di assistenza avvalendosi di strumenti efficaci, quali il Piano Mirato di Prevenzione (PMP)	
OS01IS01	Piano Mirato di Prevenzione come misura di contrasto ad infortuni e malattie professionali
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT03 Formazione degli operatori dei Servizi delle ASL su temi prioritari inerenti le metodologie di valutazione e gestione del rischio (cancerogeno, ergonomico, psicosociale), al fine di rendere più efficaci e proattive le attività di controllo e assistenza	
OT03IT02	Formazione incentrata su metodologie efficaci di verifica della valutazione del rischio
OT05 Elaborazione e diffusione di documenti tecnici relativi alla prevenzione dei rischi (cancerogeno, ergonomico, psicosociale)	
OT05IT03	Comunicazione dell'approccio al rischio
CICLO DI VITA	età adulta;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	ambiente di lavoro;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

La Regione Molise programma un Piano Mirato di Prevenzione (PMP) per la prevenzione del rischio cancerogeno sull'intero territorio, di seguito le relative fasi.



Fase 1 – ASSISTENZA

Nella fase 1 si realizzeranno le seguenti attività:

-

Attività 1 – Progettazione (da realizzare tra settembre 2021 e marzo 2022)

L'attività di Progettazione sarà svolta dal GdL "Prevenzione del Rischio cancerogeno professionale" individuato con apposito atto deliberativo in cui saranno presenti, oltre al responsabile del PRP anche i rappresentanti istituzionali (Regione, ASReM, INAIL ecc.), i rappresentanti delle associazioni dei datori di lavoro, i rappresentanti delle OO.SS.

La progettazione sarà effettuata con le seguenti fasi:

- a. *organizzazione della formazione del GdL dedicato allo sviluppo del Piano e dedicata all'applicazione della metodologia del PMP*: i rappresentanti nel GdL avranno una formazione dedicata alla metodologia utilizzata nel PRP
- b. *definizione dei criteri per un censimento delle attività a rischio*: verranno utilizzate le informazioni contenute negli archivi SPreSAL e nei Flussi informativi INAIL per definire una mappa territoriale dei potenziali siti di rischio
- c. *definizione delle modalità di coinvolgimento delle imprese*: saranno definiti i criteri di selezione delle imprese da coinvolgere nel PRP, avvalendosi di tutti gli organismi dei datori di lavoro, associazioni di categoria, OO.SS. ecc.
- d. *esame delle buone prassi/buone pratiche e redazione del relativo documento*: sarà effettuato l'esame delle buone pratiche e delle soluzioni organizzative efficaci per la riduzione del rischio oggetto del PRP, di materiale documentale/informativo relativo all'approccio al rischio, alla promozione della qualità, dell'appropriatezza e dell'efficacia della sorveglianza sanitaria preventiva svolta dai medici competenti. Il materiale sarà presentato e condiviso nei seminari di avvio e pubblicato sui siti web istituzionali della Regione delle istituzioni aderenti al PRP.
- e. *Scheda di autovalutazione per le imprese*: verrà predisposta una scheda di autovalutazione da somministrare alle imprese, anche utilizzando schede già disponibili e adattate alle realtà locali. La scheda conterrà anche specifiche sezioni sul rilevamento e l'applicazione delle Buone Prassi della Sorveglianza Sanitaria. Saranno stabiliti i tempi e le modalità per la riconsegna.
- f. *Predisposizione del materiale per i Seminari e le modalità di organizzazione*: il GdL progetterà l'attuazione dei seminari, selezionerà i relatori, definirà una segreteria organizzativa per la pianificazione degli incontri formativi che provvederà agli inviti per i relatori, all'invito per le imprese e i responsabili sindacali per la sicurezza, le OO.SS. ecc.
- g. *Organizzazione della formazione degli operatori*: il GdL definirà il programma per la formazione del personale coinvolto per la prevenzione del rischio cancerogeno. La formazione verterà sulle modalità di predisposizione di un PMP sulla prevenzione del rischio cancerogeno quali per es. i contenuti del Documento di buone prassi/buone pratiche, sulla scheda di autovalutazione, sulle strategie di intervento mirate al contrasto del rischio da esposizione ad agenti cancerogeni oggetto del PMP, sull'approccio al rischio, sulla promozione della qualità, dell'appropriatezza e dell'efficacia della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica svolta dai medici competenti. Il GdL si occuperà della l'organizzazione e attuazione dei corsi, nel 2022, come meglio descritto nell'Attività 3.
- h. *Modalità organizzative delle attività di formazione per le figure aziendali della prevenzione delle imprese*: il GdL progetterà le iniziative di formazione per le imprese, organizzate ed attuate dallo SPreSAL nell'ambito del PMP sulla prevenzione del rischio cancerogeno. Le attività di docenza saranno effettuate dal personale SPreSAL formato nell'Attività 3. La formazione in parola si affianca alla formazione obbligatoria prevista per



legge, ed è funzionale ai contenuti e agli obiettivi del PRP. La progettazione terrà conto anche degli obiettivi e dei relativi indicatori dell'azione trasversale "Formazione" del PP6 e verrà prevista almeno una iniziativa annuale, a partire dal 2023 (poiché nel 2022 le iniziative di formazione saranno dedicate al personale dello SPreSAL di cui al punto a). La formazione verterà sui contenuti del Documento di buone prassi/buone pratiche di cui al punto b). Il GdL potrà rimodulare la progettazione della formazione nei successivi anni, anche sulla base dei dati a disposizione nel 2022 (come il numero di imprese coinvolte e, tra queste, quelle che hanno partecipato ai seminari di avvio) e per i successivi anni anche sulle informazioni contenute nelle schede di autovalutazione compilate dalle suddette imprese, al fine di tarare meglio gli interventi di formazione alle reali esigenze;

- i. *individuazione degli indicatori per la valutazione dell'efficacia*: il GdL individuerà gli indicatori per la valutazione dell'efficacia riguardo all'applicazione delle buone prassi/buone pratiche per la riduzione del rischio oggetto del PRP e delle buone pratiche per l'efficacia della sorveglianza sanitaria.

Attività 2 – Realizzazione dei seminari di avvio (da attuarsi nel 2022)

Sulla base di quanto previsto dal GdL nell'ambito dell'attività 1, in particolare nell'ambito del censimento delle attività a rischio e i criteri di selezione delle imprese da coinvolgere nel PRP sul rischio cancerogeno, verranno selezionate le imprese da coinvolgere nel Piano, in collaborazione con le associazioni di categoria dei datori di lavoro, in collaborazione con i rappresentanti dei lavoratori, con lo SPreSAL e l'INAIL.

Nei seminari di avvio rivolti alle imprese selezionate, si provvederà in particolare a presentare il PMP, le relative finalità e condividere gli obiettivi, a presentare e condividere i Documenti di buone prassi/buone pratiche e le schede di autovalutazione aziendale da restituire successivamente, debitamente compilate, secondo le modalità definite precedentemente (Attività 1 punto e).

Attività 3 – Realizzazione della formazione del personale SPreSAL (da attuarsi nel 2022)

Sulla base di quanto predisposto dal GdL nell'attività 1, saranno organizzati e attuati i corsi per il personale dello SPreSAL, che potrà avvalersi, sia nella fase organizzativa e sia in quella di realizzazione, anche di docenti esperti di livello nazionale nel settore della prevenzione del rischio cancerogeno.

Attività 4 – Formazione delle figure aziendali della prevenzione e assistenza alle imprese (da attuarsi a partire dal 2023)

Sulla base di quanto predisposto dal GdL nell'attività 1, il personale dello SPreSAL, formato nella precedente Attività 3, attuerà almeno 1 intervento di formazione all'anno (iniziative/incontri/ seminari/convegni) per le imprese oggetto del PMP sulle buone pratiche da adottare per contrastare il rischio da agenti cancerogeni.

Gli interventi di formazione verteranno sui contenuti del Documento di Buone Prassi riportati nei punti precedenti e saranno rivolti alle seguenti figure: RLS, RLST, RSPP e ASPP, Datori di lavoro, Medici Competenti, Associazioni di categoria, ecc.

Lo SPreSAL inoltre - nei termini previsti dall'articolo 10 del DLgs 81/08 – offrirà assistenza alle aziende per l'applicazione delle buone pratiche e anche supporto nella compilazione della scheda di autovalutazione.

FASE 2 – VIGILANZA

Per l'attuazione della fase 2 saranno realizzate le seguenti attività:

Attività 5 - Esame delle schede di autovalutazione (da attuarsi dal 2023 al 2024)

La scheda di autovalutazione aziendale predisposta nel corso dell'Attività 1, condivisa e consegnata nel corso del seminario di avvio alle imprese partecipanti a questo PMP, sarà compilata da parte di ogni impresa coinvolta e riconsegnata nei modi e nei termini stabiliti. Tali schede saranno oggetto di controllo da parte dello SPreSAL che, anche sulla base di quanto contenuto nelle suddette schede, individuerà le imprese su cui effettuare l'attività di ispezione.

Attività 6 – Ispezioni (da attuarsi tra il 2024 e il 2025)



Lo SPreSAL effettuerà le attività di ispezione in un campione di imprese tra quelle coinvolte nel PMP, partendo da quelle che non hanno partecipato alle iniziative previste dal PMP pur essendo state invitate, da quelle che non hanno restituito la scheda di autovalutazione e da quelle per le quali sono state rilevate situazioni a rischio dall'esame della scheda di autovalutazione.

Fase 3 – VALUTAZIONE EFFICACIA

L'attuazione della fase 3 sarà concretizzata con le seguenti attività:

Attività 7 – Valutazione dell'efficacia (da attuarsi nel 2025)

Durante l'ultimo anno, sulla base degli indicatori per la valutazione dell'efficacia individuati dal GdL nel corso dell'Attività 1, verrà effettuata da parte dello SPreSAL, la valutazione di efficacia degli interventi di prevenzione attuati attraverso l'elaborazione dei dati relativi alle risultanze delle attività della Fase 2 Vigilanza (Esame delle schede di autovalutazione e Ispezioni), con riferimento all'applicazione delle buone pratiche, relative al PMP attuato, per la riduzione del rischio oggetto dei PMP e per l'efficace sorveglianza sanitaria.

I rappresentanti dello SPreSAL condivideranno le risultanze di tale verifica con il GdL per pervenire a una valutazione complessiva di efficacia a livello regionale.

A conclusione del PMP, i risultati verranno pubblicati sui siti web istituzionali della Regione e delle istituzioni aderenti al PRP.

Azione “SORVEGLIANZA SANITARIA EFFICACE”

Al fine di promuovere la qualità, l'appropriatezza e l'efficacia della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica svolta dai medici competenti, come da Dlgs 81/08 relativa alla prevenzione del rischio cancerogeno, saranno attuate le seguenti attività:

- annualmente sarà realizzato un Report di monitoraggio con l'analisi dei dati sanitari e di rischio dei lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria, trasmessi per via telematica dai medici competenti entro il primo trimestre dell'anno successivo a quello di riferimento, ai sensi dell'art. 40 del DLgs n.81/2008 e s.m.i., mediante l'apposita piattaforma informatica web predisposta dall'INAIL (diventa operativa dal 1° giugno 2013) e resi disponibili in forma aggregata anche agli SPreSAL. Tale Report sarà pubblicato nel portale web istituzionale della Regione Molise;
- nel 2022 il GdL del PMP prevenzione del rischio cancerogeno predisporrà i Documenti di buone prassi/buone pratiche comprendenti anche le buone pratiche condivise inerenti alla sorveglianza sanitaria per i rischio oggetto del PMP;
- nel 2023 sarà attuata l'attività di formazione dei medici e degli operatori dei Servizi di prevenzione e protezione delle aziende, nell'ambito dell'attività Trasversale “Formazione” nella quale è prevista anche l'attività di formazione sulla qualità e appropriatezza ed efficacia della sorveglianza sanitaria periodica nei comparti/rischi oggetto del PMP prevenzione del rischio cancerogeno;
- negli anni 2024 e 2025 l'attività di verifica dell'applicazione delle buone pratiche inerenti alla sorveglianza sanitaria sarà attuata nell'ambito della Fase 3 “Valutazione di efficacia” del PMP relativo alla prevenzione del rischio cancerogeno.

Nella stesura del PMP saranno promossi interventi di promozione della salute utili a ridurre i rischi per la salute extralavorativi (in relazione al PP3), anche nell'ambito dei programmi di sorveglianza sanitaria previsti.

PROGRAMMA	PP08
TITOLO AZIONE (6)	PMP RISCHIO STRESS LAVORO-CORRELATO



di 7)	
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A PROMUOVERE LA SICUREZZA E LA TUTELA DELLA SALUTE DEI CITTADINI, LAVORATORI E CONSUMATORI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	6.1 Organizzazione/miglioramento/sviluppo delle attività di controllo/ispezione/vigilanza
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 Definizione partecipata di strategie di intervento (controllo e assistenza) mirate al contrasto dei rischi specifici (cancerogeno, ergonomico, psicosociale) per favorire l'incremento dell'estensione e della omogeneità sul territorio nazionale delle attività di controllo, di informazione e di assistenza avvalendosi di strumenti efficaci, quali il Piano Mirato di Prevenzione (PMP)	
OS01IS01	Piano Mirato di Prevenzione come misura di contrasto ad infortuni e malattie professionali
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT03 Formazione degli operatori dei Servizi delle ASL su temi prioritari inerenti le metodologie di valutazione e gestione del rischio (cancerogeno, ergonomico, psicosociale), al fine di rendere più efficaci e proattive le attività di controllo e assistenza	
OT03IT02	Formazione incentrata su metodologie efficaci di verifica della valutazione del rischio
OT05 Elaborazione e diffusione di documenti tecnici relativi alla prevenzione dei rischi (cancerogeno, ergonomico, psicosociale)	
OT05IT03	Comunicazione dell'approccio al rischio
CICLO DI VITA	età adulta;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	ambiente di lavoro;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

La Regione Molise avvia l'attuazione di un Piano Mirato di Prevenzione (PMP) per la prevenzione del rischio da stress lavoro-correlato sul territorio della ASReM (l'intero territorio regionale).

Di seguito le fasi del PMP che seguirà la ASReM per lo sviluppo delle attività.

Fase 1 – ASSISTENZA

Attività avviate per l'attuazione della Fase 1 :

Attività 1 – Progettazione (da attuarsi tra settembre 2021 e marzo 2022).



L'attività di Progettazione sarà svolta da uno specifico gruppo di lavoro regionale (GdL), in collaborazione con la ASReM, che condividerà il PMP con le parti sociali nell'ambito del CRC. La progettazione sarà attuata nel rispetto delle seguenti fasi:

- a. *organizzazione della formazione del gruppo di lavoro regionale dedicato allo sviluppo del PMP*: i partecipanti al gruppo di lavoro per la redazione dei PMP saranno oggetto di una formazione a livello regionale dedicata all'applicazione della metodologia del PMP;
- b. *definizione dei criteri di ricerca/selezione e delle modalità di coinvolgimento delle imprese*: saranno definiti i criteri di selezione delle imprese da coinvolgere nell'ambito del PMP da parte dello SPreSAL. Verranno utilizzate le informazioni presenti negli archivi SPreSAL e di quelle presenti nei Flussi Informativi INAIL-Regioni. Saranno definite, inoltre, dal GdL le modalità da adottare per il coinvolgimento delle imprese del proprio territorio, avvalendosi dei vari organismi di categoria, OOSS, ecc.;
- c. *esame di buone prassi/buone pratiche e redazione del relativo documento*: sarà effettuato l'esame di buone prassi/buone pratiche e soluzioni organizzative efficaci per ridurre il rischio oggetto del PMP, di materiale documentale/informativo relativo all'approccio al rischio, alla promozione della qualità, dell'appropriatezza e dell'efficacia della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica svolta dai medici competenti (artt. 25, 40, 41, 42DLgs 81/08). Tale materiale sarà raccolto in un Documento di buone prassi/buone pratiche che sarà presentato e condiviso nei seminari di avvio e reso fruibile anche con la pubblicazione sui siti web istituzionali della Regione e delle istituzioni aderenti al PMP.
- d. *predisposizione della scheda di autovalutazione*: sarà predisposta la scheda di autovalutazione aziendale da somministrare alle imprese, anche adattando alla realtà locale eventuali schede già disponibili e, comunque, tenendo in considerazione i contenuti del Documento di buone prassi/buone pratiche. Saranno stabiliti anche i tempi e le modalità di riconsegna da parte delle imprese, delle schede di autovalutazione debitamente compilate. La scheda di autovalutazione dovrà contenere anche specifiche sezioni che consentano di rilevare l'applicazione delle Buone Prassi relative alla Sorveglianza Sanitaria;
- e. *predisposizione del materiale per i Seminari e le modalità di organizzazione*: il GdL progetterà l'attuazione dei seminari, selezionerà i relatori, definirà una segreteria organizzativa per la pianificazione degli incontri formativi e che provvederà agli inviti per i relatori, all'invito per le imprese e i responsabili sindacali per la sicurezza, le OO.SS. ecc.
- f. *organizzazione della formazione degli operatori SPRESAL*: il GdL definirà il programma per la formazione del personale SPreSAL che attuerà il PMP. La formazione verterà sulle modalità di predisposizione di un PMP per la prevenzione dello stress lavoro-correlato quali per es. i contenuti del Documento di buone prassi/buone pratiche, sulla scheda di autovalutazione, sulle strategie di intervento mirate al contrasto del rischio da esposizione oggetto del PMP, sull'approccio al rischio, sulla promozione della qualità, dell'appropriatezza e dell'efficacia della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica svolta dai medici competenti. Sarà a cura del GdL per la prevenzione dello stress lavoro-correlato l'organizzazione e l'attuazione dei corsi, nel 2022, come meglio descritto nell'Attività 3;
- g. *modalità organizzative delle attività di formazione per le figure aziendali della prevenzione delle imprese*: il GdL progetterà le iniziative di formazione per le imprese, organizzate ed attuate dallo SPreSAL. Le attività di docenza saranno effettuate dal personale SPreSAL coinvolto nell'ambito del PMP per la prevenzione dello stress lavoro-correlato e formato nell'Attività 3. La formazione in parola si affianca alla formazione

obbligatoria prevista per legge, ed è funzionale ai contenuti e agli obiettivi del PMP. La progettazione terrà conto anche degli obiettivi e dei relativi indicatori dell'azione trasversale "Formazione" del PP6 e verrà prevista almeno una iniziativa annuale, a partire dal 2023 (poiché nel 2022 le iniziative di formazione saranno dedicate al personale dello SPreSAL di cui al punto a). La formazione verterà sui contenuti del Documento di buone prassi/buone pratiche di cui al punto b). Il GdL potrà rimodulare la progettazione della formazione nei successivi anni, anche sulla base dei dati a disposizione nel 2022 (come il numero di imprese coinvolte e, tra queste, quelle che hanno partecipato ai seminari di avvio) e per i successivi anni anche sulle informazioni contenute nelle schede di autovalutazione compilate dalle suddette imprese, al fine di tarare meglio gli interventi di formazione alle reali esigenze;

- h. *individuazione degli indicatori per la valutazione dell'efficacia*: il GdL individuerà gli indicatori per la valutazione dell'efficacia riguardo all'applicazione delle buone prassi/buone pratiche per la riduzione del rischio oggetto del PMP e delle buone pratiche per l'efficacia della sorveglianza sanitaria.

Attività 2 – Realizzazione dei seminari di avvio (da attuarsi nel 2022)

Sulla base di quanto progettato dal GdL nell'Attività 1, fra cui il criterio di selezione delle imprese adottato in fase di progettazione, il personale SPreSAL coinvolto nel PMP rischio stress lavoro-correlato selezionerà, anche mediante le informazioni presenti nei propri archivi, le imprese da coinvolgere nel PMP avvalendosi anche della collaborazione di associazioni di categoria, rappresentanze dei lavoratori, ecc. per assicurare la massima partecipazione.

Nei seminari di avvio rivolti alle imprese selezionate, da realizzare da parte dello SPreSAL, si provvederà in particolare a presentare il PMP, le relative finalità e condividere gli obiettivi, a presentare e condividere i Documenti di buone prassi/buone pratiche e le schede di autovalutazione aziendale da restituire successivamente, debitamente compilate, nei modi e nei tempi condivisi.

Attività 3 – Realizzazione della formazione del personale SPreSAL (da attuarsi nel 2022)

-

Sulla base di quanto predisposto dal GdL nell'attività 1, saranno organizzati e attuati i corsi per il personale SPreSAL coinvolto nel PMP e che potrà avvalersi, sia nella fase organizzativa e sia in quella di realizzazione, anche di docenti esperti di livello nazionale nel settore della prevenzione del rischio stress lavoro-correlato.

-

Attività 4 - Realizzazione della formazione delle figure aziendali della prevenzione e assistenza alle imprese (da attuarsi a partire dal 2023)

Sulla base di quanto predisposto dal GdL nell'attività 1, il personale SPreSAL formato nella precedente Attività 3, attuerà almeno 1 intervento di formazione all'anno (iniziative/incontri/ seminari/convegni) per le imprese oggetto del PMP regionale sulle buone pratiche da adottare per contrastare il rischio stress lavoro-correlato.



Gli interventi di formazione verteranno sui contenuti del Documento di Buone Prassi riportati nei punti precedenti e saranno rivolti alle seguenti figure: RLS, RLST, RSPP ASPP, Datori di lavoro, Medici Competenti, Associazioni di categoria, ecc.

Lo SPreSAL inoltre - nei termini previsti dall'articolo 10 del DLgs 81/08 – offrirà assistenza alle aziende per l'applicazione delle buone pratiche e anche supporto nella compilazione della scheda di autovalutazione.

Fase 2 – VIGILANZA

Attività avviate per l'attuazione della Fase 2 :

Attività 5 – Esame delle schede di autovalutazione (da attuarsi dal 2023 al 2024)

La scheda di autovalutazione aziendale predisposta nel corso dell'Attività 1, condivisa e consegnata nel corso del seminario di avvio alle imprese partecipanti al presente PMP, sarà compilata da parte di ogni impresa coinvolta nel PMP e riconsegnata allo SPreSAL nei tempi e nei termini stabiliti. Tali schede saranno oggetto di controllo da parte dello SPreSAL che, anche sulla base di quanto contenuto nelle suddette schede, individuerà le imprese su cui effettuare l'attività di ispezione.

Attività 6 – Ispezioni (da attuarsi tra il 2024 e il 2025)

Lo SPreSAL effettuerà le attività di ispezione in un campione di imprese tra quelle coinvolte nel PMP, partendo da quelle che non hanno partecipato alle iniziative previste dal PMP pur essendo state invitate, da quelle che non hanno restituito la scheda di autovalutazione e da quelle per le quali sono state rilevate situazioni a rischio dall'esame della scheda di autovalutazione.

Fase 3 – VALUTAZIONE EFFICACIA

Attività avviate per l'attuazione della Fase 3 :

Attività 7 – Valutazione di efficacia (da attuarsi nel 2025).

Durante l'ultimo anno, sulla base degli indicatori per la valutazione dell'efficacia individuati dal GdL nel corso dell'Attività 1, verrà effettuata da parte dello SPreSAL, la valutazione di efficacia dell'intervento di prevenzione attuato, attraverso l'elaborazione dei dati relativi alle risultanze delle attività della Fase 2 Vigilanza (Esame delle schede di autovalutazione e Ispezioni), con riferimento all'applicazione delle buone pratiche, relative al PMP attuato, per la riduzione del rischio oggetto dei PMP e per l'efficace sorveglianza sanitaria.

I rappresentanti dello SPreSAL condivideranno le risultanze di tale verifica con il GdL per pervenire a una valutazione complessiva di efficacia a livello regionale.

A conclusione del PMP, i risultati verranno pubblicati sui siti web istituzionali della Regione e delle istituzioni aderenti al PRP.

Azione "SORVEGLIANZA SANITARIA EFFICACE"

Al fine di promuovere la qualità, l'appropriatezza e l'efficacia della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica svolta dai medici competenti (artt. 25, 40, 41 e 42 Dlgs81/08) relativa alla prevenzione del rischio, saranno individuate buone prassi da attuarsi nell'ambito della sorveglianza sanitaria che permettano di monitorare le situazioni di disagio lavorativo correlato ai rischi psicosociali.

Nella stesura del PMP saranno promossi interventi di promozione della salute utili a ridurre i rischi per la salute extralavorativi (in relazione al PP3), anche nell'ambito dei programmi di sorveglianza sanitaria previsti

AZIONE EQUITY

PROGRAMMA	PP08
TITOLO AZIONE (7 di 7)	PMP AZIONE EQUITY-ORIENTED
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A PROMUOVERE LA SICUREZZA E LA TUTELA DELLA SALUTE DEI CITTADINI, LAVORATORI E CONSUMATORI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	6.1 Organizzazione/miglioramento/sviluppo delle attività di controllo/ispezione/vigilanza
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 Definizione partecipata di strategie di intervento (controllo e assistenza) mirate al contrasto dei rischi specifici (cancerogeno, ergonomico, psicosociale) per favorire l'incremento dell'estensione e della omogeneità sul territorio nazionale delle attività di controllo, di informazione e di assistenza avvalendosi di strumenti efficaci, quali il Piano Mirato di Prevenzione (PMP)	
OS01IS01	Piano Mirato di Prevenzione come misura di contrasto ad infortuni e malattie professionali
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT03 Formazione degli operatori dei Servizi delle ASL su temi prioritari inerenti le metodologie di valutazione e gestione del rischio (cancerogeno, ergonomico, psicosociale), al fine di rendere più efficaci e proattive le attività di controllo e assistenza	
OT03IT02	Formazione incentrata su metodologie efficaci di verifica della valutazione del rischio
OT05 Elaborazione e diffusione di documenti tecnici relativi alla prevenzione dei rischi (cancerogeno, ergonomico, psicosociale)	



OT05IT03	Comunicazione dell'approccio al rischio
CICLO DI VITA	età adulta;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	ambiente di lavoro;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

Come già dettagliato nelle INFORMAZIONI GENERALI dello Stress Lavoro-correlato, tra le categorie professionali più a rischio per stress lavoro-correlato, rientrano gli operatori del settore sanitario, dagli OOS agli educatori di comunità, dai medici agli infermieri.

Il personale infermieristico e medico soprattutto se impiegato nei turni di notte, operanti in ambienti ad alto rischio quali i P.S., il 118, ed in questi ultimi due anni i lavoratori delle rianimazioni e dei reparti COVID, sono tra i più soggetti a disagi fisici e psicologici, in massima parte causati da eccessivi carichi di lavoro, e continue assunzioni di decisioni e responsabilità, con il rischio di sviluppare sindromi depressive, ansia, insonnia, stress.Come già dettagliato

Le lavoratrici del comparto sanitario risultano essere i soggetti più vulnerabili alle condizioni di stress lavoro-correlato. Il genere, l'età e il tipo di occupazione rappresentano pertanto i determinanti di generazione delle disuguaglianze in questo contesto lavorativo.

L'azione equity oriented sarà rivolta alle lavoratrici (gruppo target dell'intervento) e avrà lo scopo di intervenire nell'ambiente di lavoro ospedaliero, là dove il bisogno di salute risulta essere maggiore, come si evince dall'analisi del profilo di equità, con l'obiettivo di ridurre le disuguaglianze che si osservano sia nell'esposizione a fattori di rischio sia negli esiti di salute.

Sulla scorta dei dati nazionali la ASReM oltre all'attuazione dei PMP di competenza, fra i 3 rischi legati al PP08 ritiene utile una valutazione da attuare nelle strutture sia ospedaliere che territoriali relativamente alle possibili problematiche relative allo Stress Lavoro-correlato sulla base delle specificità locali, delle collaborazioni in essere con i vari stakeholder tenendo conto dei principali fattori di disuguaglianza emersi dal proprio profilo di salute ed equità.

Nell'attività di comunicazione prevista saranno anche veicolate le iniziative locali di promozione della salute utili a ridurre i rischi per la salute extralavorativi (in relazione al PP3),anche nell'ambito dei programmi di sorveglianza sanitaria previsti.

MONITORAGGIO DELL'AZIONE EQUITY-ORIENTED

OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Formazione nell'ambito del personale ASREM
STRATEGIA PER IL	Il coinvolgimento dei portatori di interesse (Dirigenza ASREM e lavoratori)



RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	dovrebbe consentire la costruzione di un percorso di prevenzione dei rischi connessi ad un contesto di vita lavorativa spesso non adeguato e che pone a rischio di STRESS i lavoratori dell'azienda nei propri setting di azione, e mirare ad ottenere un ambiente lavorativo più sereno, protetto e sicuro, favorente modifiche del contesto di lavoro.
ATTORI COINVOLTI	GdL, SPreSAL, INAIL, Regione, dirigenza ASREM, l'U.O. Risk Management, il medico competente,, associazioni di categoria dei lavoratori
INDICATORE	Formazione del personale ASREM <ul style="list-style-type: none"> • Formula:(N. personale aderente al progetto/N. totale di lavoratori)*100 per anno • Standard30% • FonteRegione/ASREM
OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Formazione nell'ambito del personale ASREM
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	Il coinvolgimento dei portatori di interesse (Dirigenza ASREM e lavoratori) dovrebbe consentire la costruzione di un percorso di prevenzione dei rischi connessi ad un contesto di vita lavorativa spesso non adeguato e che pone a rischio di STRESS i lavoratori dell'azienda nei propri setting di azione, e mirare ad ottenere un ambiente lavorativo più sereno, protetto e sicuro, favorente modifiche del contesto di lavoro.
ATTORI COINVOLTI	GdL, SPreSAL, INAIL, Regione, dirigenza ASREM, l'U.O. Risk Management, il medico competente,, associazioni di categoria dei lavoratori
INDICATORE	Operatori del GdL <ul style="list-style-type: none"> • Formula:N. operatori del GdL formati/N. totale operatori da formare • Standard80% • FonteRegione/ASREM



3.9 PP09 Ambiente, clima e salute

3.9.1 Quadro logico regionale

CODICE	PP09
REFERENTI DEL PROGRAMMA	Bernardino Principi
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	MO5 Ambiente, Clima e Salute
MACRO OBIETTIVO TRASVERSALE DI RIFERIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> - MO1 Malattie croniche non trasmissibili - MO4 Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali - MO5 Ambiente, Clima e Salute - MO6 Malattie infettive prioritarie
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	<ul style="list-style-type: none"> - MO1-18 Favorire nelle città la creazione di contesti favorevoli alla salute anche attraverso lo sviluppo di forme di mobilità sostenibile e la creazione di aree verdi e spazi pubblici sicuri, inclusivi e accessibili anche alle persone più anziane - MO4-01 Programmare interventi di prevenzione in ragione delle esigenze dettate dalle evidenze epidemiologiche e dal contesto socio-occupazionale - MO4-02 Perfezionare la conoscenza delle storie lavorative ed espositive dei lavoratori - MO4-10 Assicurare la sorveglianza sanitaria degli ex esposti - MO4-12 Portare a regime i Registri di patologia tumorale ReNaM, ReNaTuNS e neoplasie a bassa frazione eziologica, registri esposti ad agenti cancerogeni biologici e de relativi casi di eventi accidentali, malattia e decesso - MO4-13 Assicurare la fruibilità delle informazioni che compongono il Registro degli esposti - MO5-01 Implementare il modello della "Salute in tutte le politiche" secondo gli obiettivi integrati dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile e promuovere l'applicazione di un approccio One Health per garantire l'attuazione di programmi sostenibili di protezione ambientale e di promozione della salute - MO5-02 Promuovere e rafforzare strumenti per facilitare l'integrazione e la sinergia tra i servizi di prevenzione del SSN e le agenzie del SNPA nelle attività di promozione della salute, prevenzione, valutazione e gestione dei rischi per la salute da fattori ambientali, anche per la comunicazione del rischio in modo strutturato, sistematico e integrato - MO5-03 Programmare, realizzare e documentare attività in materia di sicurezza chimica di cui al REACH/CLP (controllo, formazione, informazione e altre attività)



- favorendo sinergia/integrazione con attività su specifiche matrici (es. biocidi, fitosanitari, fertilizzanti, cosmetici, ecc.) o su specifici ambiti (sicurezza luoghi di lavoro, igiene in ambienti di vita, sicurezza alimentare)
- MO5-04 Rafforzare, nell'ambito delle attività concernenti gli ambienti di vita e di lavoro, le competenze in materia di valutazione e gestione del rischio chimico
 - MO5-05 Perfezionare i sistemi e gli strumenti informativi per monitorare la presenza di amianto ai fini dell'eliminazione
 - MO5-06 Contribuire alla conoscenza dell'impatto della problematica amianto sulla popolazione
 - MO5-07 Promuovere e implementare le buone pratiche in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nella costruzione/ristrutturazione di edifici, anche in relazione al rischio chimico e al radon
 - MO5-08 Promuovere e supportare politiche/azioni integrate e intersettoriali tese a rendere le città e gli insediamenti umani più sani, inclusivi e favorevoli alla promozione della salute, con particolare attenzione ai gruppi più vulnerabili della popolazione,
 - MO5-09 Migliorare la qualità dell'aria indoor e outdoor
 - MO5-10 Potenziare le azioni di prevenzione e sanità pubblica nel settore delle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti naturali e antropiche
 - MO5-11 Potenziare le azioni di prevenzione e sanità pubblica nel settore delle acque attraverso l'adozione dei piani di sicurezza (PSA)
 - MO5-12 Prevenire e eliminare gli effetti ambientali e sanitari avversi, in situazioni dove sono riconosciute elevate pressioni ambientali, come ad esempio i siti contaminati, tenendo conto delle condizioni socio-economiche nell'ottica del contrasto alle disuguaglianze
 - MO5-13 Prevenire gli effetti ambientali e sanitari causati dalla gestione dei rifiuti
 - MO5-14 Rafforzare le capacità adattive e la risposta della popolazione e del sistema sanitario nei confronti dei rischi per la salute associati ai cambiamenti climatici, agli eventi estremi e alle catastrofi naturali e promuovere misure di mitigazione con co-benefici per la salute
 - MO5-15 Promuovere l'applicazione di misure per ridurre l'impatto ambientale della filiera agricola e zootecnica, nella gestione degli animali selvatici e nell'igiene urbana veterinaria
 - MO6-07 Predisporre piani di preparazione e risposta alle emergenze infettive
 - MO6-14 Promuovere la consapevolezza da parte delle comunità sulle malattie trasmesse da vettori e da alimenti
 - MO6-15 Migliorare la qualità della sorveglianza delle malattie trasmesse da vettori e da alimenti in ambito umano
 - MO6-16 Monitorare i punti d'entrata ad alto rischio di nuove specie invasive di vettori.
 - MO6-17 Monitorare l'insorgenza di resistenze agli insetticidi nei vettori
 - MO6-18 Consolidamento dei sistemi di sorveglianza:
 - sorveglianza della Paralisi Flaccida Acuta (PFA)
 - sorveglianza ambientale



	<ul style="list-style-type: none"> - MO6-25 Monitorare il consumo di antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale in ambito umano e veterinario (One Health)
LINEE STRATEGICHE DI INTERVENTO	<ul style="list-style-type: none"> - MO1LSI Sviluppo di programmi intersettoriali per ottimizzare le politiche di pianificazione urbanistica in un'ottica di salute pubblica - MO4LSb Incremento del grado di utilizzo dei sistemi informativi per la pianificazione degli interventi di prevenzione - MO4LSI Implementazione, coordinamento e valutazione dei sistemi e degli interventi di sorveglianza sanitaria degli ex esposti ad amianto - MO4LSv Integrazione delle attività di controllo in ispezioni, verifiche documentali e percorsi di prevenzione - MO5LSa a. Promozione e realizzazione di interventi di advocacy e di integrazione nelle politiche di altri settori (ambiente, trasporti, edilizia, urbanistica, agricoltura, energia, istruzione) attraverso: elaborazione di programmi di attività intra e inter istituzionali e di progetti multi ed inter disciplinari, intersettoriali e integrati su ambiente e salute, produzione di rapporti sulle attività integrate in ambito sanitario per la tematica ambiente e salute, stipula di accordi di programma/convenzioni, previsti dal comma 2 dell'art. 7-quinquies Dlgs 502/92, istituzione di tavoli tecnici regionali interistituzionali/ intersettoriali/ interdisciplinari per la definizione e la condivisione di percorsi e procedure integrate, basate su l'approccio One Health - MO5LSb b. Sviluppo e integrazione di conoscenze e competenze, tra gli operatori della salute e dell'ambiente, sulla sorveglianza epidemiologica, la valutazione di impatto sanitario da esposizione a fattori ambientali antropici e naturali, la comunicazione e la gestione sistematica, integrata e strutturata dei rischi, attraverso: identificazione a livello regionale di criteri per l'applicazione della VIS in procedimenti ambientali e in Piani e Programmi regionali, realizzazione di una rete integrata ambiente e salute, costituita da operatori regionali del SSN e SNPA, interventi di formazione sui temi ambiente e salute, compresa la valutazione di impatto ambientale e sanitario, epidemiologia ambientale e tossicologia ambientale, comunicazione del rischio, ecc., per operatori interni ed esterni al SSN (con particolare riferimento ai MMG, PLS) e operatori di SNPA, anche attraverso modalità innovative via web (FAD), adozione delle Linee di indirizzo sulla comunicazione del rischio prodotte dal Ministero della Salute - MO5LSd Iniziative per favorire una formazione specifica e aggiuntiva degli operatori sanitari trasversalmente nei diversi servizi sui temi della valutazione e gestione del rischio chimico - MO5LSf Iniziative per favorire una formazione specifica e aggiuntiva degli operatori sanitari nel settore dei fitosanitari con riguardo agli articoli 28, 46, 52, 53, 55, 67, 68 del regolamento CE N 1107/2009 - MO5LSg Mappare l'attuale presenza di amianto anche avvalendosi delle informazioni di cui all'art. 9 della L 257/1992 - MO5LSH Elaborazione di Piani Regionali per l'amianto - MO5LSi Ottimizzazione dell'attività dei COR al fine di censire le esposizioni ad



- amianto pregresse della popolazione e migliorare la sorveglianza epidemiologica sull'andamento delle esposizioni all'amianto
- MO5LSm Interventi di formazione sull'adozione di strategie e interventi per sviluppare la salute costruendo ambienti favorevoli, indirizzati ai Dipartimenti di prevenzione e agli Ordini professionali coinvolti
 - MO5LSn Partecipazione e supporto alla definizione dei piani urbani di mobilità sostenibile (PUMS), ponendo particolare attenzione alla promozione della pedonabilità e la ciclabilità per un'utenza allargata
 - MO5LSp Interventi per migliorare le conoscenze e la consapevolezza pubblica sui benefici della biodiversità sulla salute umana, sui benefici allo sviluppo psico-fisico dei bambini nell'interazione con la natura, sulla diffusione di spazi verdi e blu biodiversi, particolarmente nei contesti urbani
 - MO5LSr Definizione di atti di indirizzo regionali per la gestione di problematiche sanitarie (accertate o presunte) attribuibili all'inquinamento dell'aria ambiente
 - MO5LSst Iniziative strutturate informative/educative rivolte alla popolazione su: Inquinamento dell'aria indoor, e dell'aria outdoor, con particolare riferimento ai rischi per la salute e alle misure di prevenzione
 - MO5LSu Iniziative strutturate informative/educative rivolte agli operatori del settore agricolo ed extra-agricolo per una riduzione dell'uso di fitofarmaci
 - MO5LSv Definizione di indirizzi regionali per la valutazione sanitaria e l'emissione del relativo parere nell'ambito dei procedimenti inerenti alle autorizzazioni per le nuove attività produttive
 -
 - MO5LSw Interventi informativi rivolti alla popolazione, in particolare ai giovani e giovanissimi, sui rischi legati all'eccessiva esposizione alla radiazione UV solare e da fonti artificiali (es. lampade e lettini solari)
 - MO5LSdd Rafforzare i processi di comunicazione e partecipazione attraverso iniziative di promozione della salute e di sensibilizzazione sulla corretta gestione dei rifiuti e sull'impatto sanitario dei diversi impianti di trattamento, nell'ottica dell'economia circolare, della sostenibilità ambientale
 - MO5LShh Interventi di informazione e sensibilizzazione rivolti agli operatori sanitari ed al pubblico volti a promuovere stili di vita ecosostenibili e ridurre gli impatti diretti e indiretti dei cambiamenti climatici sulla salute
 - MO6LSe Rafforzamento della capacità di risposta alle emergenze infettive
 - MO6LSm Diffusione di materiale informativo/divulgativo sulle malattie trasmesse da vettori e da alimenti su sito web
 - MO6LSn Istituzione di un laboratorio di riferimento regionale per le malattie trasmesse da vettori e da alimenti in ambito umano o attivazione di una convenzione con un laboratorio di riferimento di un'altra Regione/PA
 - MO6LSso Applicazione di Piani di sorveglianza e risposta alle malattie trasmesse da vettori
 - MO6LSaa Interventi per promuovere l'uso appropriato di antibiotici in ambito veterinario
 - MO6LSy Monitoraggio del consumo antibiotici in ambito umano e veterinario



	<ul style="list-style-type: none"> - MO5LSx Campagne di comunicazione sul corretto uso dei telefoni cellulari con particolare attenzione al target di età pediatrica, anche nell'ambito di attività di contrasto alla dipendenza da internet e dal cyberbullismo ecc. - MO5LSII Rafforzamento delle attività di sorveglianza sanitaria tramite l'approccio "One Health" valorizzando il ruolo dei servizi veterinari - MO5LSmm Promuovere l'implementazione del sistema ClassyFarm - MO5LSnn Promozioni di attività formative ed informative rivolte al Corpo dei Carabinieri Forestali per la sorveglianza degli animali selvatici - MO5LSoo Implementazione di attività finalizzate al controllo delle nascite e la promozione di programmi di informazione sanitaria finalizzati alla protezione degli animali e lotta al randagismo.
LEA	<ul style="list-style-type: none"> - B03 Valutazione igienico-sanitaria degli strumenti di regolazione e pianificazione urbanistica - B04 Tutela della salute dai fattori di rischio presenti in ambiente di vita, non confinato - B05 Tutela della salubrità e sicurezza delle civili abitazioni - B07 Tutela delle condizioni igieniche e di sicurezza degli edifici ad uso scolastico e ricreativo - B08 Tutela delle condizioni igieniche e di sicurezza delle strutture destinate ad attività sanitaria e socio-sanitaria - B10 Tutela della popolazione dal rischio "amianto" - B11 Prevenzione e sicurezza nell'utilizzo dei gas tossici - B12 Prevenzione e sicurezza nell'uso di radiazioni ionizzanti e non ionizzanti - B13 Tutela della salute dai rischi per la popolazione derivanti dall'utilizzo di sostanze chimiche, miscele ed articoli (REACH-CLP) - B14 Gestione delle emergenze da fenomeni naturali o provocati (climatici e nucleari, biologici, chimici, radiologici) - B15 Tutela della collettività dal rischio radon - C03 Prevenzione dei rischi per la sicurezza e la salute nei luoghi di lavoro - C04 Promozione del miglioramento della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro - C05 Prevenzione delle malattie lavoro correlate e promozione degli stili di vita sani - D01 Sorveglianza sui concentramenti e spostamenti animali - D03 Procedura di registrazione e autorizzazione delle aziende zootecniche, Geo-referenziazione delle aziende - D06 Sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive diffuse animali - D07 Predisposizione di sistemi di risposta ad emergenze epidemiche delle popolazioni animali - D12 Prevenzione e controllo delle zoonosi. Controllo delle popolazioni selvatiche ai fini della tutela della salute umana e dell'equilibrio fra uomo, animale e ambiente - E03 Sorveglianza sugli stabilimenti registrati, compresa la produzione primaria e sugli stabilimenti riconosciuti

- E13 Sorveglianza acque potabili
- F01 Cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni, con organizzazioni ed enti della collettività, per l'attuazione di programmi intersettoriali con il coinvolgimento dei cittadini, secondo i principi del Programma nazionale "Guadagnare salute" (DPCM 4.5.2007)
- F02 Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione
- F03 Prevenzione delle malattie croniche epidemiologicamente più rilevanti, promozione di comportamenti favorevoli alla salute, secondo priorità ed indicazioni concordate a livello nazionale
- F05 Promozione dell'attività fisica e tutela sanitaria dell'attività fisica

3.9.2 Sintesi del Profilo di salute ed equità ed Analisi di contesto

L'Assemblea generale delle Nazioni Unite nel settembre 2021 ha lanciato un allarme verso tutti i paesi poiché si è di fronte ad un momento molto critico ed è necessario organizzare azioni collettive per affrontare la crisi ambientale globale. Negli ultimi 20 anni, la mortalità correlata al calore tra le persone di età superiore ai 65 anni è aumentata di oltre il 50%. Temperature più elevate hanno portato ad un aumento della disidratazione e alla perdita di funzionalità renale, all'aumento di tumori dermatologici maligni, infezioni tropicali, problemi di salute mentale, complicazioni della gravidanza, allergie e aumento della morbilità e mortalità per patologie cardiovascolari e polmonari.

I danni colpiscono in modo sproporzionato i più vulnerabili, compresi i bambini, le popolazioni anziane, le minoranze etniche, le comunità più povere e le persone con problemi di salute preesistenti. Il riscaldamento globale, inoltre sta contribuendo al declino del potenziale di resa per le principali colture, in calo di 1,8-5,6% dal 1981. Ecosistemi fiorenti sono essenziali per la salute umana, e la distruzione della natura compresi gli habitat e le specie, sta erodendo la sicurezza alimentare e aumentando la possibilità di pandemie.

Per ridurre le emissioni più rapidamente, i governi devono promuovere cambiamenti radicali nel modo in cui le nostre società ed economie sono organizzate e nel nostro modo di vivere. L'attuale strategia di incoraggiare le industrie a riconvertire le tecnologie non basta. I governi devono intervenire per sostenere la riprogettazione dei sistemi di trasporto, delle città, della produzione e la distribuzione di prodotti alimentari, i mercati per investimenti finanziari, i sistemi per la cura della salute e molto altro. È necessario un coordinamento globale per garantire che la corsa alle tecnologie più pulite non vada a scapito di un'ulteriore distruzione dell'ambiente e delle risorse umane.

La riduzione dell'inquinamento atmosferico comporterà anche l'aumento dell'attività fisica e miglioramento delle abitazioni e della dieta. Migliorare la qualità dell'aria da sola realizzerebbe benefici per la salute che compenserebbero facilmente il costo globale della riduzione delle emissioni.

Queste misure miglioreranno anche i determinanti di salute, che hanno contribuito a rendere le persone più vulnerabili alla pandemia di covid-19. La pandemia non ha colpito tutti allo stesso modo, il virus si è diffuso di più provocando più ricoveri e morti tra le persone più svantaggiate, come hanno mostrato gli studi epidemiologici usciti recentemente. Si è anche visto come, soprattutto per le persone più svantaggiate, sia meglio agire con politiche di carattere ambientale e regolatorio, piuttosto che promuovere interventi per la modifica dei comportamenti, per cui è necessario una compliance elevata. (Dal seminario Effetti dei cambiamenti climatici sulla salute e sull'equità" del 28 settembre 2021).

Tra i fattori di rischio individuati come prioritari nella nostra Regione, la sedentarietà è solo parzialmente attribuibile a determinanti ambientali, ponendo degli interrogativi sulla scarsa salutogenicità dei contesti di vita.

Per la costruzione del profilo di salute e di equità legato alle esposizioni ambientali, non disponendo di strumenti analoghi a CoMoDi e CoEsDi che permettano di ricavare una stima di impatto delle esposizioni a fattori non comportamentali, si è fatto ricorso a dati pubblicati in letteratura, che documentano il carico di malattia legato ai fattori di rischio ambientali e alla loro diversa distribuzione socioeconomica. L'OMS stima che il 22,7% delle morti (12,6 milioni di morti/anno) e il 21,7% dei DALYs (596 milioni di DALYs) siano attribuibili all'ambiente. Questa stima tiene conto delle esposizioni ai fattori di rischio ambientali più tradizionali (inquinamento atmosferico, rumore, radiazioni ionizzanti e UV, rischi occupazionali) ma anche dei determinanti di contesto (ambiente costruito, infrastrutture, trasporti, abitazioni, strade, consumo di suolo, conformazione urbanistica, metodi di coltivazione), fattori favorevoli le malattie trasmesse da vettori. Il maggiore carico di malattia legato ai determinanti ambientali è attribuibile agli incidenti stradali e domestici (per il 39-50% attribuibile a fattori ambientali), ma anche le malattie croniche riconoscono una quota di rischio attribuibile ai determinanti ambientali, variabile tra l'11% della depressione e il 44% dell'asma, mentre tra le malattie neonatali e infettive-parassitarie la frazione attribuibile a fattori ambientali è intorno all'11% nel caso delle condizioni neonatali fino al 57% nel caso delle condizioni diarroiche. Si osservano importanti variazioni geografiche nel contributo al burden of disease fornito da incidenti, malattie croniche e neonatali-infettive-parassitarie tra Paesi ad alto e basso reddito, ma anche nell'ambito dei Paesi industrializzati, in particolare a livello europeo e italiano, è possibile osservare disuguaglianze nella distribuzione dei fattori di rischio ambientali.

Un recente rapporto di OMS-Europa passa in rassegna le disuguaglianze nella distribuzione di alcuni fattori rischio ambientali, mostrando una notevole sperequazione nella distribuzione della maggior parte di essi (ad eccezione del rumore). Le variabili socio-economiche come il reddito, l'occupazione e l'istruzione sono infatti risultate i principali determinanti dei rischi per la salute ambientale, cui si aggiungono le variabili demografiche quali l'età, il sesso e l'origine etnica. In Italia, le condizioni ambientali per le quali si osservano disuguaglianze di distribuzione rilevanti, sono:

CONDIZIONI ABITATIVE

- Sovraffollamento (condizione in cui vive il 40% delle classi socioeconomiche più deprivate vs. 15% delle classi più avvantaggiate);
- Umidità (riscontrabile nel 28% delle abitazioni di persone povere vs. 17% nelle case delle persone più agiate);
- Difficoltà di riscaldamento invernale (32% tra i più poveri vs 5% tra i più ricchi);
- Difficoltà di raffrescamento estivo (38% tra i più poveri vs 18% tra i più ricchi);

ACCESSO AI SERVIZI BASE

- Difficoltà di approvvigionamento energetico (8% tra i più poveri vs. 3% tra i più ricchi)

AMBIENTE URBANO E TRASPORTI

- Inquinamento atmosferico (esposizione a PM2.5 mediamente più alta di 5 µg /m3 tra i più poveri e i più ricchi, anche nell'ambito della stessa provincia di residenza);
- Residenza in aree contaminate (circa 3 volte maggiore per comuni con basso reddito rispetto ai comuni più ricchi).



L'ambiente, nella sua accezione più completa, è un determinante fondamentale per il benessere psicofisico e quindi per la salute delle persone e delle popolazioni. Molti processi patologici trovano la loro causa in fattori ambientali, comprensivi di stili di vita, condizioni sociali ed economiche.

Secondo l'OMS, l'inquinamento atmosferico è tra le cause principali dei decessi dovuti a malattie non trasmissibili come ictus e malattie cardiovascolari, tumori e malattie respiratorie croniche. Grande preoccupazione per l'inquinamento dell'aria è il contributo di PM_{2,5} proveniente principalmente dal riscaldamento domestico. Occorre inoltre sottolineare il carico di malattie associato all'esposizione indoor e outdoor a sostanze chimiche. L'esposizione a prodotti chimici può causare, disabilità congenite, problemi respiratori, malattie neurodegenerative, malattie della pelle, interferenza endocrina e cancro.

Per ridurre l'inquinamento atmosferico, comprese le emissioni climalteranti, è necessario promuovere l'utilizzo di fonti energetiche più pulite e sistemi di trasporto urbano più sostenibili, progettare e creare città che favoriscano corretti stili di vita e comunità sostenibili sviluppando azioni di sistema, intersettoriali, che mettano al centro la prevenzione.

L'effetto della produzione di gas serra ed in particolare della CO₂ sull'innalzamento termico non è una scoperta recente. I cambiamenti climatici, con la maggior frequenza di eventi climatici estremi e i fenomeni legati al riscaldamento globale del pianeta, comportano anche per l'Italia e le sue Regioni la necessità di affrontare nuove sfide sanitarie. A ciò si deve aggiungere che il Molise, più di altre regioni, possiede caratteristiche ambientali uniche, caratterizzate da una stretta convivenza tra aree urbane, siti industriali, e aree naturali protette nelle quali è presente una ricca biodiversità. Tutti questi ambienti ed ecosistemi differenti si trovano a coabitare in un territorio piccolo, con l'emergere, pertanto, di perturbazioni ambientali di varia natura, che possono influenzare sia la salute degli animali, selvatici o allevati, sia quella dell'uomo.

I cambiamenti globali del clima, così come le perturbazioni degli ecosistemi hanno, e avranno sempre più in futuro, un diretto effetto anche sull'emergere di nuove infezioni, così come sul facilitare la maggior diffusione geografica di altre. Esempio paradigmatico di questo effetto è rappresentato dall'espansione geografica di malattie trasmesse da vettori, una volta confinate in aree tropicali o sub-tropicali. Pericolosi zoonosi, quali la Rift Valley fever, si stanno pericolosamente avvicinando al bacino del Mediterraneo, con conseguenze potenzialmente devastanti qualora trovassero impreparato il nostro SSN. D'altro canto, la lenta ma continua diffusione in Europa della Peste Suina Africana attraverso le popolazioni di cinghiali, porrà inesorabilmente l'intero sistema produttivo suinicolo italiano a gravissimi rischi e richiederà uno sforzo organizzato e congiunto di tutte le componenti del sistema veterinario.

A tali zoonosi e malattie animali emergenti occorre affiancare anche le conseguenze derivanti da una serie di malattie trasmesse da alimenti (MTA). Infatti, la complessità della catena produttiva e distributiva degli alimenti così come modifiche dello stile di vita e delle scelte alimentari dei consumatori comportano un aumento dei livelli di esposizione nei confronti dei patogeni contenuti negli alimenti.

Anche in Molise i livelli di emissioni di alcuni inquinanti atmosferici risultano ancora elevati e i problemi legati alla qualità dell'aria persistono, soprattutto nel superamento del valore limite giornaliero di particolato.

Il particolato fine (PM_{2.5}) rappresenta un fattore di rischio ambientale con il maggiore impatto sulla salute della nostra regione e produce effetti a breve termine sulle fasce di popolazione più fragili, in particolare soggetti con malattie croniche, quali il diabete, la cui prevalenza è maggiore in aree urbane. Nel 2020 l'unica stazione di monitoraggio che ha avuto una raccolta dati tale da permettere il confronto con i valori limite previsti dal D. Lgs. 155/2010 è stata la stazione Venafro2, che ha fatto registrare il superamento della soglia del numero di giorni consentiti per il rispetto del limite giornaliero di 50 µg/m³. La stazione Venafro2



ha, infatti, registrato 52 superamenti a fronte dei 35 consentiti. Il periodo critico è risultato quello autunnale/invernale: i superamenti si sono verificati nei mesi di gennaio, febbraio, novembre e dicembre. È stato, invece, rispettato il limite annuale di 40 µg/m³, infatti, la media annuale misurata è stata di 32 µg/m³.

Nel 2020 gli analizzatori di PM_{2,5} hanno raggiunto la raccolta dati sufficiente per permettere il confronto con il valore limite di 25 µg/m³. La stazione Venafrò2 ha fatto registrare un valore di 23 µg/m³ mentre le stazioni installate nei territori di Campobasso e Termoli hanno registrato una media di 10 µg/m³, quindi, tutte le stazioni di monitoraggio hanno rispettato il valore limite annuale.

L'ozono si conferma anche nel 2020 come un inquinante che rappresenta una criticità per la qualità dell'aria del Molise, come si evince dai dati riportati (report ARPA Molise).

Il 2020 è stato caratterizzato dalla diffusione dell'epidemia dal virus COVID-19, le disposizioni messe in campo per contrastarne la diffusione hanno avuto ripercussioni sulla qualità dell'aria. Dall'analisi dei dati, relativi al biossido di azoto ed alle polveri, durante il periodo di lockdown è emerso che l'impatto delle misure adottate è stato diverso per i due inquinanti; inoltre, per quanto riguarda il biossido di azoto l'impatto è stato diverso a seconda se si considerano stazioni da traffico o stazioni di fondo, quest'ultime meno influenzate dalle misure restrittive. Il diverso comportamento dei due inquinanti è legato alla loro natura ed in particolare al fatto che esiste una componente secondaria delle polveri che non ritroviamo nel biossido di azoto, quest'ultimo legato alla fonte di emissione essendo un inquinante primario e che ha come componente principale il traffico veicolare.

La Regione Molise è esposta principalmente a tre potenziali tipologie di fonti autoctone di inquinamento ambientale che potrebbero ripercuotersi negativamente sulla salubrità dei prodotti agricoli e, quindi, sulla salute umana, oltre alla possibile presenza di rifiuti illecitamente occultati di origine ignota. Le possibili fonti autoctone di inquinamento sono rappresentate dalle eventuali emissioni di tipo agricolo, di tipo urbano e di tipo industriale. L'inquinamento urbano, che automaticamente può ripercuotersi sulle produzioni agricole vicine, può essere originato dai principali centri abitati della Regione. L'inquinamento di tipo industriale può essere originato dai principali nuclei industriali di Pozzilli - Venafrò, Bojano - Campochiaro e Guglionesi-Termoli - Larino.

I siti contaminati censiti sull'intero territorio regionale sono 83, di cui 27 con procedimento attivo e 56 conclusi (dato aggiornato al 2019). I procedimenti conclusi risultano più numerosi dei procedimenti attivi, consolidando un andamento positivo registrato negli ultimi anni.

La preoccupazione e il disagio percepito dalla popolazione residente nei pressi di siti contaminati ha a che fare innanzitutto con un problema di disuguaglianze, dal momento che le comunità che abitano in prossimità di questi siti sono prevalentemente deprivate per scarsa istruzione, carenza di lavoro, condizioni abitative e familiari peggiori.

In tema di rifiuti urbani è possibile osservare che in Molise nel 2019, la produzione totale è di 111816.5 di tonnellate con una riduzione del 3.98% rispetto al 2018. La raccolta differenziata si è attestata al 50.33% del totale; in miglioramento rispetto ai dati del 2018 del +11.94%. Nel 2019 vi è una riduzione del 3% della produzione di rifiuti urbani pro capite. Nel 2018 i quantitativi totali di rifiuti speciali prodotti sul territorio molisano ammontavano a 604988 tonnellate di cui i rifiuti pericolosi rappresentano l'8%.

La rete di monitoraggio delle acque destinate alla balneazione, stabilita con Delibera di Giunta Regionale n° 162 del 20 maggio 2020, ha individuato 24 punti di campionamento lungo la costa molisana, confermando le 7 aree omogenee, nel rispetto dell'art. 7 punto 6 del D. Lgs 116/08. Inoltre, nel rispetto di quanto stabilito all'articolo 8 punto 4 del succitato Decreto, per l'acqua di balneazione denominata "Rio Vivo 3" (CODICE: IT014070078006) avendo riportato, al termine della stagione balneare 2019, dalla valutazione dei dati



nell'intervallo 2016-2019, il giudizio di qualità "Scarso" in Delibera sono state individuate, quali misure di gestione, il divieto temporaneo di balneazione a partire dall'inizio della stagione balneare 2020 ed un monitoraggio con una maggiore frequenza. Al contempo è stato chiesto all'Autorità comunale di Termoli di individuare le cause che hanno impattato e determinato nel tempo lo scadimento di qualità, e porre in essere le soluzioni tecniche ed amministrative per ridurre o eliminare le fonti determinanti il pregiudizio con l'obiettivo primario di proteggere la salute umana dai rischi derivanti dalla scarsa qualità delle acque di balneazione attraverso la protezione ed il miglioramento ambientale e valutarne anche la riapertura della stessa acqua di balneazione nella stagione 2020.

Ai fini della massima precauzione sanitaria e ambientale, per l'acqua di balneazione classificata con giudizio di qualità "sufficiente" denominata "50 m sud Rio Sei Voci" CODICE IT014070078A001 ricadente sempre nel Comune di Termoli è stabilito un monitoraggio con frequenza quindicinale e la pianificazione, da parte dell'Autorità comunale, di tutte le indagini conoscitive per l'individuazione delle criticità che determinano il pregiudizio sulla qualità dell'acqua. Inoltre, è stato istituito un Tavolo Tecnico, di concerto con la Regione Molise con finalità di predisporre adempimenti per i Comuni rivieraschi per la adozione di tutte le pratiche, le perizie e gli accorgimenti tesi ad evitare possibili contatti tra le persone ed a scongiurare rischi di contagio COVID-19.

Con il PRP 2021-2025 si proseguirà, quindi, il percorso sulla tematica ambiente e salute avviato durante il precedente Piano; sarà consolidata la rete regionale integrata con il coinvolgimento del tavolo di lavoro regionale "Ambiente e Salute", composto dal Settore regionale, da rappresentanti dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica, di ARPA e di IZS. Il tavolo di coordinamento regionale manterrà il ruolo di governo del sistema e di raccordo con il livello territoriale e si farà promotore di nuove cooperazioni anche con i gruppi dedicati ad altri programmi.

3.9.3 Scheda di programma

3.9.3.1 Descrizione dal PNP

Il Programma prevede che le Regioni e le Province autonome tengano conto degli obiettivi dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile, secondo una logica integrata, e adottino l'approccio *One Health* nella programmazione e nelle conseguenti azioni. Ciò consente di comprendere le complesse relazioni tra l'uomo, e gli ecosistemi naturali e artificiali, riconoscere che la salute dell'uomo è legata alla salute degli animali e dell'ambiente per garantire l'attuazione di programmi sostenibili di protezione ambientale e di tutela e promozione della salute.

A questo scopo si prevede di consolidare, il processo che a partire da una analisi di contesto, definisce piani di miglioramento che mirano allo stesso tempo:

- 1) al rafforzamento degli strumenti per facilitare l'integrazione e la sinergia tra i servizi di prevenzione del SSN e le agenzie del SNPA;
- 2) all'applicazione di strumenti a supporto delle amministrazioni per la valutazione e gestione degli impatti sulla salute correlati a interventi antropici;
- 3) a interventi per il monitoraggio, per l'adattamento e la mitigazione degli effetti dei cambiamenti climatici, di riduzione delle esposizioni ambientali indoor e outdoor e antropiche dannose per la salute, la creazione di contesti urbani favorevoli alla salute attraverso lo sviluppo della mobilità sostenibile e la creazione di aree verdi e spazi pubblici sicuri, inclusivi e accessibili; attività di comunicazione per migliorare le conoscenze sui rischi per la salute derivanti dall'esposizione a fattori ambientali antropici e naturali e per orientare i cittadini verso scelte più salutari e ecosostenibili.
- 4) promuovere l'applicazione di pratiche finalizzate al miglioramento della sostenibilità ambientale nelle filiere agro-zootecniche e nella gestione degli animali d'affezione

Il Programma ha quindi l'obiettivo di rafforzare l'*advocacy* del sistema sanitario nelle politiche di altri settori (ambiente, trasporti, edilizia, urbanistica, agricoltura, energia, istruzione) per intercettare e coniugare obiettivi di salute pubblica ed obiettivi di tutela ambientale; promuovendo il rafforzamento di competenze e consapevolezza di tutti gli attori della comunità sugli obiettivi di sostenibilità come individuati dall'Agenda 2030.

Il Programma è sostenuto da:

- accordi o programmi di attività intra e inter-istituzionali e di progetti multi ed inter disciplinari, intersettoriali e integrati su ambiente e salute, anche attuativi di accordi di programma/convenzioni, previsti dal comma 2 dell'art. 7-quinquies Dlg 502/92;
- accordi inter-istituzionali per il rafforzamento della sorveglianza epidemiologica della popolazione residente nelle aree interessate da elevate criticità e pressioni ambientali;
- tavoli tecnici regionali inter-istituzionali/intersettoriali/interdisciplinari e reti regionali integrate ambiente e salute per la definizione e la condivisione di percorsi e procedure integrate, basate su l'approccio *One Health*;
- *empowerment* individuale e di comunità;
- formazione e aggiornamento degli Operatori Sanitari e Sociosanitari;
- attività di monitoraggio e *governance*.

Il Programma, in linea con gli obiettivi del PNP, adotta i principi e le lenti dell'equità, secondo il modello operativo proposto dal PNP (HEA), che prevede le seguenti fasi: elaborazione del profilo di salute ed equità, identificazione di aree/gruppi a più alto rischio di esposizione o di vulnerabilità ai fattori di rischio, conseguente adeguamento/orientamento dell'intervento in termini di disegno e allocazione, valutazione di impatto.

3.9.3.2 Sintesi delle principali evidenze e buone pratiche e relative fonti

Secondo quanto emerso da numerosi rapporti dell'OMS è necessaria un'azione coraggiosa e tempestiva per prevenire malattie e morti premature causate da inquinamento e contribuire a raggiungere gli obiettivi dell'Agenda 2030.

Gli indirizzi della Dichiarazione di Ostrava (2017) in aderenza con gli obiettivi integrati dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile (2015), con la Decisione XIII/6 della Conferenza delle parti sulla Convenzione per la Biodiversità di Cancun (2016) che riconosce l'interconnessione tra la biodiversità e la salute umana promuovono l'adozione di un approccio *One Health* e gli obiettivi dell'Accordo di Parigi sui cambiamenti climatici. Di straordinaria ambizione per impostazione e finalità, è la *vision* della *Planetary health*, coniata nel rapporto della *Lancet-Commission* che si riflette negli obiettivi interconnessi di sviluppo sostenibile, strategicamente concepiti in modo olistico e definiti per integrare la salute (SDG 3) con la sostenibilità in chiave economica, sociale e ambientale.

Il Programma si basa su un approccio globale sulla comunità e sui principi di equità, sostenibilità, inclusione ed *empowerment*. Gli obiettivi riguardano congiuntamente sia l'ambito ambientale che quello della salute. A livello internazionale è ritenuto necessario agire congiuntamente sui seguenti aspetti:

1. *Policy* integrate ambientali e sanitarie;
2. Competenze individuali e professionali;
3. Ambiente fisico e sociale;
4. Servizi socio-sanitari;
5. Vigilanza e controlli

Le evidenze mostrano:

- l'importanza della condivisione delle responsabilità con tutti i livelli di governo, da quello internazionale e nazionale a quelli locali, coinvolgendo i cittadini e i portatori di interesse con azioni estese sul territorio, dentro e fuori i propri confini e proiettate su scale temporali lunghe;
- l'importanza del settore sanitario nel dare un contributo decisivo al miglioramento ambientale se opera in modo sistematico, promuovendo le tecnologie più rispettose dell'ambiente, consumi sostenibili per l'ambiente, la bioedilizia, una gestione dei sistemi sanitari più efficiente dal punto di vista ambientale;
- l'efficacia di azioni basate su molteplici determinanti di salute nell'ottenere risultati di salute ed educativi;
- la necessità di rafforzare le capacità adattive e la risposta della popolazione e del sistema sanitario nei confronti dei rischi per la salute associati ai cambiamenti climatici, agli eventi estremi e alle catastrofi naturali e di promuovere misure di mitigazione con co-benefici per la salute.

1. *Household Air Pollution Commission, The Lancet Respiratory Medicine, 2014*
2. *Preventing disease through healthy environments: a global assessment of the burden of disease from environmental risks (World Health Organization 2016)*
3. *Preventing noncommunicable diseases (NCDs) by reducing environmental risk factors (World Health Organization 2017)*
4. *Climate change and health country profile: Italy. World Health Organization. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO*
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260380/WHO-FWC-PHE-EPE-15.52-eng.pdf>
5. *WHO Declaration of the 6th Ministerial Conference on Environment and health*
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/341944/OstravaDeclaration_SIGNED.pdf?ua=1
6. *COP24 special report: health and climate change ISBN 978-92-4-151497-2 WHO, 2018*
7. *The Lancet Commission on pollution and health. Landrigan PJ, Fuller R, Acosta NJR, et al. Lancet. 2018 Feb 3;391.*
8. *The 1st global WHO conference on Air Pollution and Health in Geneva WHO 2018*
9. *Non Communicable Diseases and Air Pollution, WHO Regional Office for Europe, WHO 2019*
10. *Global strategy on health, environment and climate change the transformation needed to improve lives and well-being sustainably through healthy environments, WHO, 2019)*

11. WHO Europe (Bonn Office) del 2019 sull'Environmental Justice (verificare e eventualmente completare)
12. "Linee di indirizzo per la prevenzione nelle scuole di fattori di rischio indoor per allergia e asma (Accordo Stato-Regioni del 18 novembre 2010)

3.9.3.3 Declinazione a livello regionale del Programma

Il PP09 è sviluppato in coerenza con gli obiettivi dell'agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile adottando un approccio ONE HEALTH nella programmazione e nelle conseguenti attività.

Gli obiettivi e le azioni individuati tengono conto, in parte, di quanto si sta realizzando attualmente sul territorio regionale e, in riferimento ad alcuni specifici ambiti d'intervento, si pongono in continuità con quanto realizzato con il precedente PRP.

A livello regionale saranno definiti piani di miglioramento che mirano allo stesso tempo:

- 1) all'implementazione dei sistemi informativi regionali finalizzati ad assicurare la sorveglianza sanitaria dei lavoratori e programmare interventi di prevenzione dettate dalle evidenze epidemiologiche e dal contesto socio-occupazionale;
- 2) al rafforzamento degli strumenti per facilitare l'integrazione e la sinergia tra i servizi di prevenzione del SSN e le agenzie del SNPA;
- 2) all'applicazione di strumenti a supporto delle amministrazioni per la valutazione e gestione degli impatti sulla salute correlati a interventi antropici;
- 3) a interventi per il monitoraggio, per l'adattamento e la mitigazione degli effetti dei cambiamenti climatici, di riduzione delle esposizioni ambientali indoor e outdoor e antropiche dannose per la salute, la creazione di contesti urbani favorevoli alla salute attraverso lo sviluppo della mobilità sostenibile e la creazione di aree verdi e spazi pubblici sicuri, inclusivi e accessibili; attività di comunicazione per migliorare le conoscenze sui rischi per la salute derivanti dall'esposizione a fattori ambientali antropici e naturali e per orientare i cittadini verso scelte più salutari e ecosostenibili.
- 4) promuovere l'applicazione di pratiche finalizzate al miglioramento della sostenibilità ambientale nelle filiere agro-zootecniche e nella gestione degli animali d'affezione.

3.9.4 Obiettivi e indicatori delle azioni trasversali

INTERSETTORIALITÀ

PP09_OT01	Sviluppare/consolidare i processi intersettoriali con i portatori di interesse istituzionali e non, finalizzati alla governance integrata delle azioni in materia di ambiente, clima e salute in tutti i setting
PP09_OT01_IT01	Attività intersettoriali
formula	Elaborazione di programmi di attività intra e inter istituzionali e di progetti multi ed inter disciplinari, intersettoriali e integrati su ambiente e salute, anche attuativi di accordi di programma/convenzioni previsti dal comma 2 dell'art. 7-quinquies Dlgs 502/92
Standard	Almeno un programma/accordo entro il 2022
Fonte	Regione

PP09_OT01_IT02 Tavoli tecnici intersettoriali	
formula	Istituzione di tavoli tecnici regionali interistituzionali/intersettoriali/interdisciplinari per la definizione e la condivisione di percorsi e procedure integrate, basate su l'approccio One Health anche in coerenza con gli Accordi/Programmi intersettoriali di cui all'indicatore 1.
Standard	Costituzione di almeno un tavolo tecnico regionale entro il 2023
Fonte	Regione

FORMAZIONE

PP09_OT02	Promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezze che favoriscano l'adozione da parte della Comunità e degli operatori in ambito sanitario ed ambientale: di un "Approccio globale alla salute" di comportamenti ecosostenibili per rendere facilmente adottabili stili di vita e comportamenti favorevoli alla salute e per ridurre gli impatti diretti e indiretti dei cambiamenti climatici sulla salute, riducendo la settorialità delle conoscenze
PP09_OT02_IT03 Formazione Operatori Sanitari e Sociosanitari ed Operatori esterni al SSN	
formula	Disponibilità di un programma di interventi di formazione sui temi ambiente, clima e salute, compresa la valutazione di impatto ambientale e sanitario, epidemiologia ambientale e tossicologia ambientale, comunicazione del rischio, temi della valutazione e gestione del rischio chimico, ecc., per operatori interni al SSN (con particolare riferimento ai MMG, PLS) e operatori del SNPA, anche attraverso modalità via web (FAD)
Standard	Realizzazione di almeno un percorso formativo, ogni anno a partire dal 2022
Fonte	Regione

COMUNICAZIONE

PP09_OT04	Organizzare interventi di comunicazione ed informazione, rivolti sia alla popolazione che ai diversi stakeholder, con particolare riferimento agli aspetti della comunicazione del rischio
PP09_OT04_IT04 Iniziative/strumenti/materiali per informare e sensibilizzare la comunità e gli operatori sanitari sugli stili di vita ecosostenibili e la riduzione degli impatti diretti e indiretti dei cambiamenti climatici sulla salute	
formula	Disponibilità di almeno un programma di interventi di informazione e sensibilizzazione rivolti agli operatori sanitari ed al pubblico volti a promuovere stili di vita ecosostenibili e ridurre gli impatti diretti e indiretti dei cambiamenti climatici sulla salute
Standard	Realizzazione di almeno un intervento di informazione/sensibilizzazione per ogni anno, a



	partire dal 2022
Fonte	Regione

EQUITÀ

PP09_OT05	Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative
PP09_OT05_IT05	Lenti di equità
formula	Adozione dell'HEA
Standard	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2021
Fonte	Regione

3.9.5 Obiettivi e indicatori specifici

PP09_OS01	Rafforzare e aggiornare le conoscenze e le competenze di tutti gli attori sanitari e degli stakeholder interessati e coinvolti
PP09_OS01_IS01	Accordi inter-istituzionali per il miglioramento della sorveglianza epidemiologica della popolazione residente nelle aree interessate da elevate criticità e pressioni ambientali
formula	Stipula di almeno un Accordo, Attuazione degli Accordi
Standard	Stipula Accordo entro il 2022, Rispetto tempistiche ed attività previste dagli Accordi
Fonte	Regione
PP09_OS01_IS02	Rete regionale integrata ambiente e salute
formula	Realizzazione di una Rete regionale integrata ambiente e salute, costituita da operatori regionali del SSN e SNPA
Standard	Formalizzazione della rete entro il 2023
Fonte	Regione
PP09_OS01_IS03	Indirizzi e criteri regionali per l'applicazione della VIS in procedimenti ambientali e in Piani e Programmi regionali
formula	Formalizzazione di indirizzi e criteri regionali



Standard	Formalizzazione entro il 2023
Fonte	Regione
PP09_OS02	Sostenere la governance regionale in materia di ambiente, clima e salute
PP09_OS02_IS04	Programmazione e realizzazione interventi di controllo in materia di sicurezza chimica trasversale agli ambienti di vita e di lavoro, e su prodotti immessi sul mercato
formula	Formalizzazione di un Programma annuale regionale di controllo in materia di sicurezza chimica, trasversale agli ambienti di vita e di lavoro, e su prodotti immessi sul mercato
Standard	Realizzazione annuale del Programma regionale di controllo
Fonte	Regione
PP09_OS03	Promuovere la sicurezza e la tutela della salute di cittadini, lavoratori e consumatori
PP09_OS03_IS05	Piani Regionali per l'amianto
formula	Formalizzazione del Piano Regionale Amianto
Standard	Approvazione del Piano Regionale Amianto entro il 2025
Fonte	Regione
PP09_OS03_IS06	Buone pratiche su obiettivi prestazionali sanitari e ambientali integrati per costruzioni/ristrutturazioni di edifici e relativi interventi di formazione specifica
formula	Adozione di documento regionale riguardante le buone pratiche su obiettivi prestazionali sanitari e ambientali integrati - Realizzazione di interventi formativi specifici sulle buone pratiche
Standard	Adozione del documento regionale entro il 2023 - Realizzazione di almeno un intervento formativo entro il 2025
Fonte	Regione
PP09_OS03_IS07	Urban health
formula	Partecipazione a tavoli tecnici inter istituzionali di valutazione dei programmi/progetti dedicati a rigenerazione urbana/urban health/mobilità sostenibile ecc., finalizzati a promuovere ambienti "salutogenici"
Standard	rappresentanza socio-sanitaria in almeno un tavolo tecnico interistituzionale secondo la programmazione delle politiche regionali di sviluppo
Fonte	Regione
PP09_OS03_IS08	Sviluppo dei sistemi informativi a livello territoriale per consentire lo scambio delle informazioni tra le autorità e gli enti coinvolti nella materia delle acque destinate al



	consumo umano
formula	Realizzazione del sistema informativo
Standard	Realizzazione entro il 2025
Fonte	Regione
PP09_OS01	Rafforzare e aggiornare le conoscenze e le competenze di tutti gli attori sanitari e degli stakeholder interessati e coinvolti
PP09_OS01_IS09	Integrazione delle informazioni derivanti da dati ambientali e sanitari per il miglioramento delle conoscenze su rischi ambientali e salute e loro relazioni
formula	Sviluppo di un sistema informativo integrato
Standard	Sviluppo di un sistema informativo regionale integrato ambiente e salute per la lettura combinata dei dati di monitoraggio/esposizione/effetto, anche ai fini della stima degli impatti sulla salute della popolazione.
Fonte	REGIONE ASS. POLITICHE PER LA SALUTE
PP09_OS04	Consolidamento dei sistemi regionali di sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive
PP09_OS04_IS10	Consolidamento della sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive
formula	Predisposizione atti formali di recepimento raccomandazioni per lo stato della sorveglianza delle malattie infettive
Standard	Recepimento e aggiornamento delle raccomandazioni nazionali sulla sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive e integrazione dei flussi informativi.
Fonte	Regione/ASREM

3.9.6 Azioni

PROGRAMMA	PP09
TITOLO AZIONE (1 di 13)	Implementazione del sistema di monitoraggio delle malattie trasmesse da vettori e MTA
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.3 Implementazione, integrazione e miglior utilizzo dei sistemi di sorveglianza, registri
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	


OS01 Rafforzare e aggiornare le conoscenze e le competenze di tutti gli attori sanitari e degli stakeholder interessati e coinvolti

OS01IS01 Accordi inter-istituzionali per il miglioramento della sorveglianza epidemiologica della popolazione residente nelle aree interessate da elevate criticità e pressioni ambientali

OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI

OT01 Sviluppare/consolidare i processi intersettoriali con i portatori di interesse istituzionali e non, finalizzati alla governance integrata delle azioni in materia di ambiente, clima e salute in tutti i setting

OT01IT01 Attività intersettoriali

CICLO DI VITA infanzia;adolescenza;età adulta;terza età

SETTING comunità;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

Si prevede d'implementare l'attività svolta dai laboratori dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise (IZSAM), sul controllo delle malattie trasmesse da vettori e quelle a trasmissione alimentare (MTA). Si intende riconoscere l'IZSAM come laboratorio di riferimento regionale, anche in ottemperanza con quanto previsto dal Piano Nazionale Arbovirosi 2020-2025. Il laboratorio avrà anche un ruolo di consultazione per l'Autorità Competente.

PROGRAMMA	PP09
TITOLO AZIONE (2 di 13)	Sorveglianza Paralisi Flaccida
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.3 Implementazione, integrazione e miglior utilizzo dei sistemi di sorveglianza, registri
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS04 Consolidamento dei sistemi regionali di sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive	
OS04IS10	Consolidamento della sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	


OT01 Sviluppare/consolidare i processi intersettoriali con i portatori di interesse istituzionali e non, finalizzati alla governance integrata delle azioni in materia di ambiente, clima e salute in tutti i setting
OT01IT01 Attività intersettoriali

CICLO DI VITA infanzia;adolescenza;età adulta;terza età

SETTING servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

L'Italia, pur essendo stata ufficialmente certificata "polio-free" il 21 giugno 2002, è un paese libero dalla polio fin dagli anni '80 (l'ultimo caso autoctono si è manifestato nel 1982 e gli ultimi casi importati nel 1984- dall'Iran e nel 1988 dall'India).

La ricomparsa della malattia, tuttavia, è sempre possibile, fintanto che ci saranno zone del mondo in cui la malattia è presente e diffusa. Resta pertanto attiva la sorveglianza dei casi di paralisi flaccida acuta (PFA), una delle complicanze più gravi della poliomielite. La sorveglianza viene attuata in collaborazione con l'Istituto superiore di sanità e consente l'individuazione e la notifica di tutti i casi di PFA, dovuti a qualsiasi eziologia, in soggetti di età inferiore a 15 anni, e di ogni caso di sospetta poliomielite in persone di tutte le età. Il sistema di sorveglianza delle Paralisi Flaccide acute (PFA), con raccolta di campioni per le indagini virologiche, permette di rilevare tempestivamente l'eventuale presenza di poliovirus, tramite il controllo di patologie che mostrano sintomatologia identica alla polio.

Come ribadito nella Circolare 8 febbraio 2018 - i referenti regionali garantiranno di:

- recepire l'Aggiornamento delle raccomandazioni per lo stato della sorveglianza delle paralisi flaccide;
- individuare e sensibilizzare i reparti e le strutture ospedaliere regionali dove maggiormente si ricoverano i casi di paralisi flaccida occorsi in ragazzi con meno di 15 anni di età, affinché segnalino i casi
- notificare al Ministero della Salute e all'ISS, ogni caso di PFA verificatasi in soggetti di età inferiore a 15 anni, qualunque sia l'eziologia, e ogni caso di sospetta polio in persone di tutte le età
- assicurarsi che sia effettuata la raccolta di due campioni di feci, entro 14 giorni dall'inizio della paralisi e almeno a 24 ore di distanza l'uno dall'altro, da inviare al laboratorio di Riferimento Nazionale (ISS) o ai laboratori sub-nazionali, che effettueranno le indagini virologiche per l'isolamento e la caratterizzazione dei virus polio
- inviare al ministero della Salute e all'ISS una valutazione clinica eseguita a distanza di 60 giorni per la verifica della diagnosi clinica e di paralisi residue.

PROGRAMMA PP09

TITOLO AZIONE (3 di 13) Implementazione dei sistemi informativi regionali



CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.4 Implementazione e miglior utilizzo di sistemi informativi (quantitativi e qualitativi) regionali
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 Rafforzare e aggiornare le conoscenze e le competenze di tutti gli attori sanitari e degli stakeholder interessati e coinvolti	
OS01IS02	Rete regionale integrata ambiente e salute
OS01IS09	Integrazione delle informazioni derivanti da dati ambientali e sanitari per il miglioramento delle conoscenze su rischi ambientali e salute e loro relazioni
OS03 Promuovere la sicurezza e la tutela della salute di cittadini, lavoratori e consumatori	
OS03IS05	Piani Regionali per l'amianto
OS03IS08	Sviluppo dei sistemi informativi a livello territoriale per consentire lo scambio delle informazioni tra le autorità e gli enti coinvolti nella materia delle acque destinate al consumo umano
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT01 Sviluppare/consolidare i processi intersettoriali con i portatori di interesse istituzionali e non, finalizzati alla governance integrata delle azioni in materia di ambiente, clima e salute in tutti i setting	
OT01IT02	Tavoli tecnici intersettoriali
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa
SETTING	comunità;scuola;ambiente di lavoro;comune, Municipalità

DESCRIZIONE

Saranno adottati interventi per implementare i sistemi informativi (qualitativi e quantitativi) a livello regionale per consentire lo scambio delle informazioni tra il tavolo regionale (ARPA - Regione Molise Servizio Tutela e Valutazione Ambientale - Dipartimento di Prevenzione ASREM) e gli enti coinvolti tra cui l'ANCI.

Saranno trattati i dati relativi alla qualità dell'aria e delle acque destinate al consumo umano (ARPA)

Proseguirà il censimento delle antenne adibite alla trasmissione di onde radio che generano campi elettromagnetici. Si prevede di istituire il catasto regionale degli impianti radioemittenti.

Saranno aggiornati i dati del censimento dell'amianto sulle strutture industriali e civili abitazioni attraverso l'invio di opuscoli informativi e opportuna modulistica (schede per censire manufatti contenenti amianto) sia alle amministrazioni comunali sia ai privati cittadini, associazioni commercianti e industriali e aziende in generale.



Saranno aggiornati a livello regionali anche i dati relativi ai casi di tumori naso-faringei (COR-ReNaTuNS) attribuibili all'esposizione ad agenti cancerogeni nei luoghi di lavoro, come l'acool isopropilico, i composti del nickel, il fumo di tabacco, le polveri di cuoio e le polveri di legno, che mostrano evidenza certa di cancerogenicità per l'uomo per la sede Tuns.

Questa azione sarà realizzata in modo trasversale con il PP08.

Per raggiungere il miglioramento della qualità dell'aria si fa riferimento a quanto stabilito dal Piano Regionale Integrato per la Qualità dell'Aria del Molise (P.R.I.A.MO.) in attuazione della deliberazione di Giunta Regionale n. 345 del 30/06/2015. Attraverso il PRIAMO viene effettuato il monitoraggio degli inquinanti e la valutazione dell'impatto dei provvedimenti adottati al fine di preservare la qualità dell'aria e migliorare progressivamente le condizioni ambientali delle aree maggiormente degradate. Attraverso il PRIAMO viene effettuato il monitoraggio degli inquinanti e la valutazione dell'impatto dei provvedimenti adottati al fine di preservare la qualità dell'aria e migliorare progressivamente le condizioni ambientali delle aree maggiormente degradate. I provvedimenti adottati riguardano i seguenti settori:

- città e trasporti
- 2.energia
- 3.attività produttive
- 4.agricoltura

Nel settore energia il Piano prevede una linea d'azione per la regolamentazione degli impianti a biomassa legnosa destinati al riscaldamento domestico, in sinergia con il Piano Energetico Ambientale Regionale (PEAR) che, in maniera diretta o indiretta, considera interventi in grado di determinare benefici per il miglioramento della qualità dell'aria. Nel settore agricoltura sono previste linee d'azione per l'adozione di tecnologie e pratiche agricole che riducano le emissioni di ammoniaca negli allevamenti bovini, suini e avicoli e nelle coltivazioni con fertilizzanti. Un'altra linea d'azione, finalizzata al contenimento delle emissioni, prevede la regolamentazione delle procedure per le bruciature di stoppie/residui di tagli e potature.

PROGRAMMA	PP09
TITOLO AZIONE (4 di 13)	Allestimento di strumenti per la gestione sanitaria della Fauna Selvatica
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP



SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.6 Allestimento di strumenti per monitoraggio, valutazione, coordinamento dei livelli locali (es. piattaforme informatiche, sistemi di reporting, ecc.)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 Rafforzare e aggiornare le conoscenze e le competenze di tutti gli attori sanitari e degli stakeholder interessati e coinvolti	
OS01IS09	Integrazione delle informazioni derivanti da dati ambientali e sanitari per il miglioramento delle conoscenze su rischi ambientali e salute e loro relazioni
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT01 Sviluppare/consolidare i processi intersettoriali con i portatori di interesse istituzionali e non, finalizzati alla governance integrata delle azioni in materia di ambiente, clima e salute in tutti i setting	
OT01IT01	Attività intersettoriali
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età
SETTING	comunità

DESCRIZIONE

E' previsto l'ampliamento e il rafforzamento del sistema integrato per la gestione sanitaria della fauna selvatica attraverso l'aggiunta di nuove funzionalità per una migliore condivisione delle informazioni e dei dati tra gli Assessorati Regionali (Sanità-Agricoltura-Ambiente), la produzione di indici utili alla valutazione della situazione sanitaria in talune specie selvatiche e ad identificare i principali fattori di rischio nell'interfaccia tra specie selvatiche e domestiche per le malattie di rilevanza in sanità animale e le principali zoonosi.

Si intende anche realizzare un'integrazione del sistema informativo per la gestione della fauna selvatica con i dati dei campionamenti svolti per Influenza aviaria e West Nile disease.

PROGRAMMA	PP09
TITOLO AZIONE (5 di 13)	Attivazione di un sistema regionale di sorveglianza delle malattie trasmesse da vettori (MTV)
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.9 Attivazione tavoli/gruppi di lavoro con rappresentanti di altri Settori
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	


OS01 Rafforzare e aggiornare le conoscenze e le competenze di tutti gli attori sanitari e degli stakeholder interessati e coinvolti

OS01IS09 Integrazione delle informazioni derivanti da dati ambientali e sanitari per il miglioramento delle conoscenze su rischi ambientali e salute e loro relazioni

OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI

OT01 Sviluppare/consolidare i processi intersettoriali con i portatori di interesse istituzionali e non, finalizzati alla governance integrata delle azioni in materia di ambiente, clima e salute in tutti i setting

OT01IT02 Tavoli tecnici intersettoriali

CICLO DI VITA infanzia;adolescenza;età adulta;terza età

SETTING comunità;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

Organizzazione di una rete di regionale di sorveglianza sulle malattie trasmesse da artropodi vettori di arbovirus, nell'ottica di intersectorialità e One Health, così come richiesto anche dal Piano Nazionale Arbovirus 2020-2025 attraverso:

- istituzione di un tavolo permanente multisettoriale regionale;
- monitoraggio di arbovirus di interesse nelle popolazioni di vettori, in siti opportunamente selezionati, con approccio molecolare e con metodiche diagnostiche innovative.

PROGRAMMA	PP09
TITOLO AZIONE (6 di 13)	Formazione sulla gestione e comunicazione del rischio infettivo
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.1 Formazione operatori sanitari e sociosanitari
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS04 Consolidamento dei sistemi regionali di sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive	
OS04IS10	Consolidamento della sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT02 Promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezza che favoriscano l'adozione da parte della Comunità e degli operatori in ambito sanitario ed ambientale: di un "Approccio globale alla salute" di comportamenti ecosostenibili per rendere facilmente adottabili stili di vita e comportamenti favorevoli alla salute e per ridurre gli impatti diretti e indiretti dei cambiamenti climatici	


sulla salute, riducendo la settorialità e delle conoscenze

OT02IT03	Formazione Operatori Sanitari e Sociosanitari ed Operatori esterni al SSN
CICLO DI VITA	età lavorativa
SETTING	servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

Formazione del personale dei servizi veterinari e di altri operatori del sistema sanitario regionale sulla comunicazione del rischio infettivo secondo l'approccio One Health.

Svolgimento di un evento formativo on-line sulla comunicazione del rischio per il personale dei servizi veterinari, del Dipartimento di prevenzione ASREM e altri operatori del sistema sanitario regionale. La comunicazione del rischio è parte integrante di ogni piano delle emergenze infettive con impatto sia sulla salute umana sia animale.

PROGRAMMA	PP09
TITOLO AZIONE (7 di 13)	Formazione sulle tematiche ambiente, clima e salute.
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.5 Formazione congiunta "operatori sanitari e sociosanitari e altri Settori"
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 Rafforzare e aggiornare le conoscenze e le competenze di tutti gli attori sanitari e degli stakeholder interessati e coinvolti	
OS01IS01	Accordi inter-istituzionali per il miglioramento della sorveglianza epidemiologica della popolazione residente nelle aree interessate da elevate criticità e pressioni ambientali
OS01IS02	Rete regionale integrata ambiente e salute
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT02 Promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezza che favoriscano l'adozione da parte della Comunità e degli operatori in ambito sanitario ed ambientale: di un "Approccio globale alla salute" di comportamenti ecosostenibili per rendere facilmente adottabili stili di vita e comportamenti favorevoli alla salute e per ridurre gli impatti diretti e indiretti dei cambiamenti climatici sulla salute, riducendo la settorialità e delle conoscenze	

DESCRIZIONE

Il cambiamento climatico e il buco nell'ozono sono collegati in una relazione che appare più conseguenziale di quanto si possa immaginare. Se, infatti, da un lato si potrebbe sostenere che il buco nello strato di ozono non è scientificamente unica conseguenza del surriscaldamento globale, dall'altro lato si può affermare che l'innalzamento delle temperature si lega (e non poco) all'assottigliamento del gas protettivo della stratosfera terrestre. Questa situazione determina una maggiore esposizione alle radiazioni ultraviolette (UVA) che provoca un aumento dei tumori cutanei. I melanomi sono i tumori che hanno registrato il maggior incremento medio annuale, sia negli uomini (+8,8% in totale, +9,1% negli over 70) che nelle donne (+7,1% in totale, +7,6% nelle under 50) e in tutte le fasce di età. Tali incrementi indicano la necessità di implementare interventi tempestivi di prevenzione primaria per invertire tale andamento nei prossimi anni (2020_Numeri_Cancro-pazienti - AIOM). A tale riguardo saranno organizzate giornate per la prevenzione dei melanomi legati alla eccessiva esposizione alle radiazioni UV, anche con il coinvolgimento della scuola e di associazioni come la LILT.



PROGRAMMA	PP09
TITOLO AZIONE (8 di 13)	Attivazione gruppo di lavoro intersettoriale per registro tumori animali.
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI PROCESSI INTERSETTORIALI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	4.5 Attivazione gruppi di lavoro con rappresentanti di altri Settori (per condivisione percorsi, ecc.)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 Rafforzare e aggiornare le conoscenze e le competenze di tutti gli attori sanitari e degli stakeholder interessati e coinvolti	
OS01IS02	Rete regionale integrata ambiente e salute
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT01 Sviluppare/consolidare i processi intersettoriali con i portatori di interesse istituzionali e non, finalizzati alla governance integrata delle azioni in materia di ambiente, clima e salute in tutti i setting	
OT01IT01	Attività intersettoriali
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età
SETTING	comunità

DESCRIZIONE

Implementazione del registro tumori degli animali regionale come strumento per lo studio comparato delle neoplasie spontanee, con particolare rilievo verso quelle correlate alla presenza di contaminanti ambientali. Si prevede di aumentare la casistica raccolta nei laboratori dell'Istituto Zooprofilattico, e realizzare la classificazione dei tumori presenti nel database in accordo con dell'International Classification of Diseases for Oncology (ICD-O) al fine di facilitare la comparazione con i dati contenuti nei registri tumori umani, in una più ampia visione di One Health. Le attività prevederanno il coinvolgimento dei colleghi dei Servizi veterinari pubblici e di quelli operanti nel settore privato, anche in collaborazione con la facoltà di Medicina Veterinaria dell'Università Federico II.

PROGRAMMA	PP09
TITOLO AZIONE (9 di 13)	Rafforzare la conoscenza in materia REACH/CLP



CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A PROMUOVERE LA SICUREZZA E LA TUTELA DELLA SALUTE DEI CITTADINI, LAVORATORI E CONSUMATORI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	6.1 Organizzazione/miglioramento/sviluppo delle attività di controllo/ispezione/vigilanza
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 Rafforzare e aggiornare le conoscenze e le competenze di tutti gli attori sanitari e degli stakeholder interessati e coinvolti	
OS01IS02	Rete regionale integrata ambiente e salute
OS01IS09	Integrazione delle informazioni derivanti da dati ambientali e sanitari per il miglioramento delle conoscenze su rischi ambientali e salute e loro relazioni
OS02 Sostenere la governance regionale in materia di ambiente, clima e salute	
OS02IS04	Programmazione e realizzazione interventi di controllo in materia di sicurezza chimica trasversale agli ambienti di vita e di lavoro, e su prodotti immessi sul mercato
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT01 Sviluppare/consolidare i processi intersettoriali con i portatori di interesse istituzionali e non, finalizzati alla governance integrata delle azioni in materia di ambiente, clima e salute in tutti i setting	
OT01IT02	Tavoli tecnici intersettoriali
CICLO DI VITA	età lavorativa
SETTING	ambiente di lavoro;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

Il referente del gruppo regionale regionale REACH composto da componenti di ARPA Regione e Sanità parteciperà alle riunioni annue interregionali . Saranno contattati operatori di REACH di altre regioni che già operano nel settore da anni per promuovere seminari e corsi di formazione in modo da recuperare il gap conoscitivo, che si svolgeranno con cadenza annuale a partire dal 2022. Il gruppo si interfacerà con il referente della regione Calabria per partecipare alla proposta di formazione.

Nella seconda metà del 2022 sarà predisposto un piano di controllo su particolari produzioni delle industrie molisane che utilizzano sostanze pericolose, individuate dal REACH. Il gruppo regionale promuoverà momenti di formazione rivolti ai referenti REACH delle aziende e agli operatori sanitari del Dipartimento di Prevenzione ASREM.

PROGRAMMA	PP09
------------------	------



TITOLO AZIONE (10 di 13)	Prevenzione nel settore della radioattività naturale
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A PROMUOVERE LA SICUREZZA E LA TUTELA DELLA SALUTE DEI CITTADINI, LAVORATORI E CONSUMATORI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	6.1 Organizzazione/miglioramento/sviluppo delle attività di controllo/ispezione/vigilanza
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 Rafforzare e aggiornare le conoscenze e le competenze di tutti gli attori sanitari e degli stakeholder interessati e coinvolti	
OS01IS09	Integrazione delle informazioni derivanti da dati ambientali e sanitari per il miglioramento delle conoscenze su rischi ambientali e salute e loro relazioni
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT01 Sviluppare/consolidare i processi intersettoriali con i portatori di interesse istituzionali e non, finalizzati alla governance integrata delle azioni in materia di ambiente, clima e salute in tutti i setting	
OT01IT01	Attività intersettoriali
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età
SETTING	comunità

DESCRIZIONE

Potenziare le azioni di prevenzione e sanità pubblica nel settore delle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti naturali e antropiche" non si riscontra nessuna azione specifica per la copertura di questo obiettivo strategico. Si suggerisce quindi di implementare l'azione nel piano regionale

Verrà predisposto un piano per la verifica di Radon (radioattività naturale) negli istituti d'istruzione pubblica con mappatura e misure d'intensità della radiazione

Una volta effettuato il catasto dei CEM, e valutate le intensità emesse sarà studiato l'effetto cumulo di tutti gli impianti regionali e dell'esposizione della popolazione.

PROGRAMMA	PP09
TITOLO AZIONE (11 di 13)	Piano Amianto
CATEGORIA	AZIONI VOLTE A PROMUOVERE LA SICUREZZA E LA TUTELA DELLA SALUTE DEI



PRINCIPALE	CITTADINI, LAVORATORI E CONSUMATORI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	6.1 Organizzazione/miglioramento/sviluppo delle attività di controllo/ispezione/vigilanza
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 Rafforzare e aggiornare le conoscenze e le competenze di tutti gli attori sanitari e degli stakeholder interessati e coinvolti	
OS01IS09	Integrazione delle informazioni derivanti da dati ambientali e sanitari per il miglioramento delle conoscenze su rischi ambientali e salute e loro relazioni
OS03 Promuovere la sicurezza e la tutela della salute di cittadini, lavoratori e consumatori	
OS03IS05	Piani Regionali per l'amianto
OS03IS06	Buone pratiche su obiettivi prestazionali sanitari e ambientali integrati per costruzioni/ristrutturazioni di edifici e relativi interventi di formazione specifica
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT01 Sviluppare/consolidare i processi intersettoriali con i portatori di interesse istituzionali e non, finalizzati alla governance integrata delle azioni in materia di ambiente, clima e salute in tutti i setting	
OT01IT02	Tavoli tecnici intersettoriali
CICLO DI VITA	età adulta;età lavorativa
SETTING	comunità;ambiente di lavoro

DESCRIZIONE

Nel precedente PRP 2014-2018 il COR Molise è stato istituito presso la UOC Oncologia dell'Azienda sanitaria regionale del Molise (ASREM); il Responsabile del COR è stato individuato ai sensi della DGR 3-11-2013, n. 571 ed ha assolto il debito informativo nei confronti del ReNaM secondo le modalità richieste dal registro nazionale istituito presso l'INAIL (dalla soppressione dell'ISPESL).

Le azioni previste con il nuovo PRP 202-2025 saranno:

- 1) Aggiornamento censimento/mappatura amianto.
- 2) Verifica delle situazioni maggiormente a rischio.
- 3) Restituzione dati delle azioni alla popolazione tramite opuscoli, convegni e sito internet.

In seguito all'aggiornamento del catasto degli edifici contenenti manufatti in cemento amianto, la regione incentiverà la sostituzione o l'incapsulamento di coperture con Eternit utilizzando pannelli fotovoltaici per la produzione di energia elettrica eco-sostenibile.



Presso la UOC Oncologia dell'Azienda sanitaria regionale del Molise (ASREM) è stato istituito Il COR Molise; il Responsabile del COR individuato ai sensi della DGR 3-11-2013, n. 571 ha assolto il debito informativo nei confronti del ReNaM secondo le modalità richieste dal registro nazionale istituito presso l'INAIL (dalla soppressione dell'ISPESL). Fonte ASReMCOR nota prot. n. 179040 del 19-11-2020.

PROGRAMMA	PP09
TITOLO AZIONE (12 di 13)	Piano di sicurezza delle acque di balneazione
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A PROMUOVERE LA SICUREZZA E LA TUTELA DELLA SALUTE DEI CITTADINI, LAVORATORI E CONSUMATORI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	6.7 Attivazione gruppi di lavoro con rappresentanti di altri Settori (per condivisione protocolli, percorsi, ecc.)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 Rafforzare e aggiornare le conoscenze e le competenze di tutti gli attori sanitari e degli stakeholder interessati e coinvolti	
OS01IS09	Integrazione delle informazioni derivanti da dati ambientali e sanitari per il miglioramento delle conoscenze su rischi ambientali e salute e loro relazioni
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT04 Organizzare interventi di comunicazione ed informazione, rivolti sia alla popolazione che ai diversi stakeholder, con particolare riferimento agli aspetti della comunicazione del rischio	
OT04IT04	Iniziative/strumenti/materiali per informare e sensibilizzare la comunità e gli operatori sanitari sugli stili di vita ecosostenibili e la riduzione degli impatti diretti e indiretti dei cambiamenti climatici sulla salute
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età
SETTING	comunità;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

La presenza di un piano di sicurezza dell'acqua di balneazione è finalizzata alla costituzione di un sistema integrato di prevenzione e controllo basato sull'analisi di rischio sito-specifica per migliorare la qualità delle acque di balneazione e tutelare la salute umana.

Gli obiettivi sono:



- potenziare la condivisione d'informazioni e dati, come espressione della dovuta diligenza, tra le istituzioni che in diversi ambiti di competenza, operano monitoraggi e protezione del territorio e della salute;
- consentire una partecipazione dei cittadini più consapevole e attiva, migliorando la comunicazione sia in situazioni ordinarie sia in situazioni critiche.

Tale piano è già in parte integrato nel PIANO DI SICUREZZA DELLE SPIAGGE 2021, per il quale è prevista l'approvazione ogni anno con deliberazione di giunta regionale, il cui fine è quello di definire, d'intesa con la Capitaneria di Porto ed i Comuni costieri, le azioni da intraprendere per garantire la sicurezza delle spiagge libere del litorale molisano.

AZIONE EQUITY

PROGRAMMA	PP09
TITOLO AZIONE (13 di 13)	Emanazione di atti d'indirizzo regionale per migliorare la qualità dell'aria
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.1 Emanazione di atti di indirizzo regionali di carattere strategico e/o tecnico
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 Rafforzare e aggiornare le conoscenze e le competenze di tutti gli attori sanitari e degli stakeholder interessati e coinvolti	
OS01IS01	Accordi inter-istituzionali per il miglioramento della sorveglianza epidemiologica della popolazione residente nelle aree interessate da elevate criticità e pressioni ambientali
OS01IS09	Integrazione delle informazioni derivanti da dati ambientali e sanitari per il miglioramento delle conoscenze su rischi ambientali e salute e loro relazioni
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT01 Sviluppare/consolidare i processi intersettoriali con i portatori di interesse istituzionali e non, finalizzati alla governance integrata delle azioni in materia di ambiente, clima e salute in tutti i setting	
OT01IT02	Tavoli tecnici intersettoriali
OT04 Organizzare interventi di comunicazione ed informazione, rivolti sia alla popolazione che ai diversi stakeholder, con particolare riferimento agli aspetti della comunicazione del rischio	
OT04IT04	Iniziative/strumenti/materiali per informare e sensibilizzare la comunità e gli operatori sanitari sugli stili di vita ecosostenibili e la riduzione degli impatti diretti e indiretti dei cambiamenti climatici sulla salute


OT05 Orientare gli interventi a criteri di equità; aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative

OT05IT05	Lenti di equità
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa
SETTING	scuola;ambiente di lavoro;servizi di prevenzione/cura/assistenza socio sanitaria;comune, Municipalità

DESCRIZIONE

A partire dal piano regionale di monitoraggio della qualità dell'aria (PIANO REGIONALE INTEGRATO PER LA QUALITÀ DELL'ARIA DEL MOLISE - P.R.I.A.MO. (D. Lgs. n. 155/2010)), sono previste delle azioni da mettere in atto per raggiungere l'obiettivo del miglioramento.

In continuità con il precedente PRP, il monitoraggio effettuato sulla qualità dell'aria della regione, ha rivelato che nella piana di Venafro, si registrano nei mesi invernali, dei superamenti dei limiti del PM10 e PM2.5. Questo fenomeno è strettamente connesso alla diminuzione delle ore di luce solare, alla scarsa circolazione dell'aria, alla notevole riduzione dell'altezza di rimescolamento degli inquinanti durante il periodo invernale, all'intenso traffico veicolare, a cui si aggiungono il riscaldamento domestico con biomasse e le emissioni da insediamenti industriali.

Pertanto si intendono realizzare momenti di confronto tra ARPA, Regione (Ufficio di Valutazione Ambientale) e Sanità (Dipartimento di Prevenzione) per ridefinire le linee d'indirizzo regionale finalizzate al miglioramento della qualità dell'aria in particolare nella piana di Venafro attraverso la definizione di misure per ridurre sia la qualità degli inquinanti, sia la quantità della loro emissione.

Si prevede di realizzare azioni informative e di comunicazione destinate alla popolazione della Piana di Venafro con l'obiettivo di aumentare la consapevolezza dei cittadini sulla qualità dell'aria e dell'impatto su salute umana ed ambiente.PP09_OS01_IS01

Sono in essere accordi inter-istituzionali per il miglioramento della sorveglianza epidemiologica della popolazione residente nelle aree interessate da elevate criticità e pressioni ambientali tra Regione Molise, ASREM, comuni della Piana di Venafro e CNR. I primi dati utili sulla valutazione dei determinanti della salute dei residenti, saranno resi noti a giugno 2022.

Il report annuale del Piano Regionale Integrato per la qualità dell'Aria del Molise – P.R.I.A.Mo consentirà di valutare l'impatto dei provvedimenti adottati per il miglioramento della qualità dell'aria in questo territorio. I provvedimenti riguarderanno i seguenti settori: 1.città e trasporti 2.energia 3.attività produttive 4.agricoltura. Nel settore energia è prevista una linea d'azione per la regolamentazione degli impianti a biomassa legnosa destinati al riscaldamento domestico. Nel settore agricoltura sono previste linee d'interventi per l'adozione di tecnologie e pratiche agricole che riducano le emissioni di ammoniaca negli allevamenti bovini, suini e avicoli e nelle coltivazioni con fertilizzanti. Un'altra linea d'azione, sarà finalizzata al contenimento delle emissioni mediante la regolamentazione delle procedure per le bruciature di stoppie/residui di tagli e potature.



MONITORAGGIO DELL'AZIONE EQUITY-ORIENTED

OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Confronto tra gli stakeholders
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	Si realizzeranno dei momenti di confronto con gli stakeholders regionali sui dati relativi alla qualità dell'aria e la distribuzione a livello regionale, con particolare attenzione alla zona di superamento, che è la Piana di Venafro. Su tale area, di maggiore esposizione e vulnerabilità per la salute, insistono i comuni di Pozzilli, Montaquila, Sesto Campano e Venafro.
ATTORI COINVOLTI	Tavolo di lavoro regionale PP09, PP02 PP05, ARPA, IZS, Regione Molise - Servizio Tutela e Valutazioni Ambientali, ANCI, Dipartimento di Prevenzione eventuali altri stakeholders (ordini professionali e associazioni di industriali e di cittadini ecc.)
INDICATORE	Riunioni/incontri con gli stakeholders <ul style="list-style-type: none"> • Formula: Numero rappresentanti Enti coinvolti, partecipanti alle riunioni /totale degli Enti coinvolgibili • Standard almeno la metà degli Enti rappresentati sul totale degli Enti coinvolgibili • Fonte Regione ARPA
OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Predisposizione del documento d'indirizzo
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	Saranno utilizzati i documenti regionali dei monitoraggi sulla qualità dell'aria e i risultati della consultazione degli stakeholders per predisporre il documento d'indirizzo utilizzabile dall'ARPA e dal Dipartimento di Prevenzione ASREM.
ATTORI COINVOLTI	Tavolo di lavoro regionale del PP09, PP02, PP05, ARPA, IZS, Regione Molise - Servizio Tutela e Valutazioni Ambientali, ANCI, Dipartimento di Prevenzione ASREM e eventuali altri stakeholders (ordini professionali, associazioni cittadini e industriali ecc.)
INDICATORE	Disponibilità di un documento d'indirizzo <ul style="list-style-type: none"> • Formula: Documento disponibile • Standard 1 documento d'indirizzo • Fonte Regione



OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Formazione con gli operatori dell'ARPA e della Regione Molise - Servizio Tutela e Valutazioni Ambientali, per l'utilizzo e le modalità di applicazione del documento
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	Verranno organizzati eventi formativi sugli operatori. Si prevede, inoltre, di preparare degli opuscoli finalizzati all'educazione ambientale, che illustrano le modalità per ridurre le emissioni nell'atmosfera. Tali opuscoli saranno indirizzati alla Camera di Commercio affinché vengano distribuiti a tutte le associazioni di categorie produttive. Attraverso la scuola gli opuscoli saranno distribuiti anche alle famiglie della comunità, coinvolgendoli direttamente per il raggiungimento dell'obiettivo.
ATTORI COINVOLTI	, Referenti regionali del PP 09 del PP 02 e 05, ARPA, Regione Molise - Servizio Tutela e Valutazioni Ambientali, Dipartimento di Prevenzione ASREM, ANCI, e altri stakeholders (ordini professionali, Associazioni di industriali e cittadini ecc.)
INDICATORE	Formazione e confronto con gli operatori <ul style="list-style-type: none"> • Formula: Numero dei operatori partecipanti dell'ARPA e della Regione Molise - Servizio Tutela e Valutazioni Ambientali al corso di formazione /totale dei operatori coinvolgibili • Standard 8/10 • Fonte Regione
OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Applicazione delle procedure previste nel documento
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	Il gruppo regionale si confronterà con gli operatori formati dell'ARPA e della Regione Molise - Servizio di Tutela e Valutazioni Ambientali per mettere in atto le procedure descritte nel documento.
ATTORI COINVOLTI	Tavolo di lavoro regionale del PP09, PP02, PP05, ARPA, IZS, Regione Molise - Servizio Tutela e Valutazioni Ambientali, ANCI, Dipartimento di Prevenzione ASREM e eventuali altri stakeholders (ordini professionali, associazioni cittadini e industriali ecc.)
INDICATORE	Applicazione delle linee d'indirizzo del documento <ul style="list-style-type: none"> • Formula: Applicazione del documento nella Piana di Venafro • Standard Applicazione del documento nell'anno 2024 • Fonte Regione
OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Prosecuzione dell'analisi dei dati derivanti dal monitoraggio ambientale della qualità dell'aria in seguito all'applicazione delle linee d'indirizzo.



STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	Saranno utilizzati dei software modellistici per l'analisi dei dati derivanti dal monitoraggio ambientale della qualità dell'aria. Saranno integrati anche i dati ambientali derivanti da altre fonte d'inquinamento dell'aria come: traffico veicolare, emissioni industriale e domestiche (combustione di biomasse).
ATTORI COINVOLTI	Tavolo di lavoro regionale del PP09, PP02, PP05, ARPA, IZS, Regione Molise - Servizio Tutela e Valutazioni Ambientali, ANCI, Dipartimento di Prevenzione ASREM e eventuali altri stakeholders (ordini professionali, associazioni cittadini e industriali ecc.)
INDICATORE	Report del monitoraggio della qualità dell'aria nella Piana di Venafro. <ul style="list-style-type: none">• Formula:Pubblicazione Report• StandardPubblicazione Report• FonteARPA



3.10 PP10 Misure per il contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza

3.10.1 Quadro logico regionale

CODICE	PP10
REFERENTI DEL PROGRAMMA	MASSIMILIANO SCUTELLA'
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	MO6 Malattie infettive prioritarie
MACRO OBIETTIVO TRASVERSALE DI RIFERIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> - MO6 Malattie infettive prioritarie
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	<ul style="list-style-type: none"> - MO6-24 Migliorare la qualità della sorveglianza delle infezioni invasive da Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE) - MO6-25 Monitorare il consumo di antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale in ambito umano e veterinario (One Health) - MO6-26 Promuovere la consapevolezza da parte della comunità nell'uso degli antibiotici - MO6-27 Definire un programma di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza secondo le indicazioni ministeriali - MO6-28 Sviluppare programmi di Antimicrobial stewardship (AS)
LINEE STRATEGICHE DI INTERVENTO	<ul style="list-style-type: none"> - MO6LScc Esistenza di un sistema regionale di monitoraggio dell'uso dei prodotti idroalcolici - MO6LSz Assicurare che la sorveglianza nazionale delle batteriemie da Enterobatteri resistenti ai carbapenemi abbia una copertura elevata - MO6LSaa Interventi per promuovere l'uso appropriato di antibiotici in ambito veterinario - MO6LSx Attivazione in tutte le Regioni di un sistema regionale di sorveglianza dell'antibiotico-resistenza in ambito umano, basato sui dati di laboratorio, che coinvolga tutti i laboratori degli ospedali pubblici e privati secondo le indicazioni nazionali - MO6LSy Monitoraggio del consumo antibiotici in ambito umano e veterinario - MO6LSbb - Interventi per promuovere l'uso appropriato di antibiotici in ambito umano -



	<ul style="list-style-type: none"> - MO6LSdd Interventi per ridurre la trasmissione in ambito assistenziale - MO6LSee Promuovere la consapevolezza da parte della comunità nell'uso degli antibiotici - MO6LSff Formazione sull'uso appropriato di antibiotici e la prevenzione delle ICA
LEA	<ul style="list-style-type: none"> - A01 Sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive e diffuse - A02 Interventi per il controllo della diffusione di malattie infettive e diffuse - D08 Sorveglianza sull'impiego del farmaco per uso veterinario e prevenzione della farmacoresistenza - allegato 2 Assistenza Distrettuale - allegato 3 Assistenza Ospedaliera

3.10.2 Sintesi del Profilo di salute ed equità ed Analisi di contesto

Le infezioni correlate all'assistenza sono una delle complicanze più gravi e frequenti dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria. Un tempo individuate unicamente come ospedaliere o "nosocomiali", comprendevano le infezioni insorte durante il ricovero in ospedale o dopo le dimissioni del paziente che, al momento dell'ingresso, non erano manifeste clinicamente, né in incubazione.

Negli anni l'assistenza sanitaria ha subito profondi cambiamenti e, mentre prima gli ospedali erano il luogo in cui si svolgeva la maggior parte degli interventi assistenziali, a partire dagli anni Novanta sono aumentati sia i pazienti ricoverati in ospedale in condizioni cliniche più gravi (quindi a elevato rischio di infezioni ospedaliere), sia i luoghi di cura extra-ospedalieri (residenze sanitarie assistite per anziani, assistenza domiciliare, assistenza ambulatoriale). Da qui la necessità di ampliare il concetto di infezioni ospedaliere a quello di infezioni correlate all'assistenza sanitaria e sociosanitaria.

Le infezioni correlate all'assistenza (di seguito ICA) conseguono in parte alla progressiva introduzione di nuove tecnologie sanitarie che, se da una parte garantiscono l'aumentata sopravvivenza di pazienti ad alto rischio di infezioni, dall'altra, il ricorso a procedure sempre più invasive consentono l'ingresso di microrganismi anche in sedi corporee normalmente sterili. Un altro elemento cruciale da considerare è l'emergenza di ceppi batterici resistenti agli antibiotici a causa dell'ampio e spesso inappropriato utilizzo di questi farmaci a scopo profilattico o terapeutico. Le informazioni sulla diffusione delle ICA ad oggi disponibili confermano l'epidemiologia di decenni fa, cui si aggiunge la più moderna tendenza di alcuni patogeni a divenire maggiormente aggressivi e resistenti anche agli antibiotici di più recente generazione, proprio a causa della pressione selettiva determinata dall'abuso degli antibiotici in tutti i setting assistenziali, sia ospedalieri sia territoriali. A ciò consegue una maggiore gravità delle infezioni contratte dai pazienti ospedalizzati, che sono mediamente più anziani e più suscettibili di un tempo (ma maggiormente consapevoli dei loro diritti in tema di sicurezza delle cure), facendo rientrare la prevenzione e il controllo delle ICA nel più ampio capitolo del risk management.

La globalità del problema, dichiarata già da tempo emergenza di Sanità Pubblica dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, viene analizzata all'interno di una recente "Review on Antimicrobial Resistance", ricerca commissionata dal Governo Britannico e pubblicata nel 2014 dall'economista Jim O'Neill, che ha stimato come, in assenza di interventi efficaci, nel 2050 le infezioni batteriche arriveranno a causare circa

10 milioni di morti all'anno nel mondo, divenendo la prima causa di morte, riconducendoci di fatto all'era pre-antibiotica e superando ampiamente i decessi per tumore, diabete o incidenti stradali, con una perdita economica cumulativa compresa tra i 20 e i 35 miliardi di dollari.

Sebbene le evidenze scientifiche confermino la necessità di avviare processi di governo del fenomeno, ad oggi le ICA non vengono considerate un elemento di governo clinico. In particolare, per le infezioni invasive poter disporre di molecole antibiotiche efficaci è oggi più che mai importante per ridurre il rischio di esiti fatali; le elevate percentuali di resistenza registrate in alcuni Paesi europei rappresentano pertanto una seria problematica di sicurezza del paziente.

L'uso prudente degli antimicrobici e le strategie di controllo delle infezioni estese a tutti i settori sanitari costituiscono i capisaldi per prevenire la selezione e la trasmissione di batteri resistenti ad agenti antimicrobici.

Punto di partenza per governare ed affrontare il fenomeno è, senza dubbio, l'attivazione di una sua sorveglianza, ovvero di sistemi di monitoraggio in grado di rilevare i casi di infezione ed i tassi di resistenza agli antibiotici da parte dei microrganismi circolanti con lo scopo di mettere in atto adeguati interventi finalizzati ad evitare ulteriori casi di infezione, limitando la trasmissione di ceppi resistenti e le occasioni di ricorso ad ulteriori terapie antibiotiche, riducendone infine i livelli di resistenza. La sorveglianza è una componente essenziale dei programmi mirati a promuovere la qualità dell'assistenza; è dimostrato in Italia, come in altri Paesi, che l'attivazione e la partecipazione a sistemi di sorveglianza attiva delle infezioni correlate all'assistenza si associa, nel tempo, alla riduzione nella frequenza delle infezioni. La disponibilità di sistemi di monitoraggio del fenomeno, di elevata qualità e accuratezza e supportati da sistemi informativi integrati, è di essenziale importanza per mantenere alto il livello di attenzione, definire le dimensioni e le caratteristiche del problema, indirizzare gli interventi, monitorarne l'efficacia ed i progressi mediante l'utilizzo di indicatori specifici ed individuare tempestivamente eventi sentinella o focolai di infezione. La frequenza di ICA è variabile in rapporto alla tipologia di ospedale, di reparto e, soprattutto, alla complessità clinica dei pazienti trattati, anche quando si utilizzano indicatori clinici specifici. Non ha quindi senso parlare di un dato globale sulle infezioni. Attualmente, l'unico studio in letteratura che abbia stimato l'incidenza di infezioni ospedaliere a livello nazionale (inteso come indagine prospettica e rilevazione della comparsa di nuove infezioni) è lo Study on the Efficacy of Nosocomial Infection Control (Senic), condotto in un gruppo di ospedali statunitensi tra il 1975 e il 1976, che ha misurato un'incidenza di pazienti infetti e di infezioni pari al 5,2% e 6,6%, rispettivamente. La maggior parte dei Paesi europei, compresa l'Italia, ha effettuato invece studi di prevalenza, ovvero indagini puntuali che restituiscono la "fotografia" di un fenomeno in un dato momento. La prevalenza di pazienti con ICA e la prevalenza di ICA (più infezioni possono infatti svilupparsi contemporaneamente su uno stesso paziente, con localizzazioni differenti) sono anch'esse variabili: tra il 6,8% ed il 9% dei pazienti ricoverati ha un'infezione il giorno dell'indagine e la prevalenza di infezioni è compresa tra il 7,6% ed il 10,3%. In media, quindi, sulla base di approssimazioni non applicabili a contesti specifici, si può stimare che il 5% dei pazienti ospedalizzati contragga un'infezione durante il ricovero, mentre dal 7% al 9% dei pazienti ricoverati risulti infetto in un dato momento. Ogni anno, quindi, si verificano in Italia 450-700 mila infezioni in pazienti ricoverati in ospedale (soprattutto infezioni urinarie, seguite da infezioni della ferita chirurgica, polmoniti e sepsi). Di queste, si stima che circa il 30% siano potenzialmente prevenibili (135-210 mila) e che siano direttamente causa del decesso nell'1% dei casi (1350-2100 decessi prevenibili in un anno).

I dati generali sull'andamento dell'antibiotico-resistenza in Europa sono riportati ogni anno attraverso la Rete Europea di sorveglianza dell'antibiotico-resistenza EARS-Net (European Antimicrobial Resistance Surveillance Network) dell'ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control), che coinvolge ad



oggi 30 Paesi dell'UE. Nonostante il contrasto all'antibiotico-resistenza rientri ormai tra le politiche prioritarie in sanità pubblica e che siano disponibili evidenze in merito alla necessità di attivare strategie di antimicrobial stewardship e di prevenzione delle infezioni, i livelli di resistenza si mantengono elevati in molti Paesi dell'UE per numerose specie microbiche resistenti anche a più di una molecola.

L'ultimo rapporto ECDC mostra come l'attuale situazione in Europa sia estremamente variabile in relazione al microrganismo interessato ed alla posizione geografica, questo a conferma di come alcuni Paesi si siano maggiormente impegnati per ridurre drasticamente il fenomeno, mentre per altri la situazione si mantenga ancora critica. Per quel che riguarda la sensibilità dei ceppi oggetto di sorveglianza europea (*Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter* spp., *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Enterococcus faecalis*, *Enterococcus faecium*), l'Italia si trova quasi sempre tra le ultime posizioni.

Una particolare analisi del problema riguarda la popolazione anziana: i pazienti ospiti nelle Residenze sanitarie assistenziali (RSA) o Long-Term Care Facilities (LTCF) nella comune dizione inglese, presentano infatti diversi fattori di rischio, per la colonizzazione e/o l'infezione da parte di questi germi. Inoltre, l'ampia presenza nell'ambiente di antibiotici di uso umano e veterinario ha determinato la sopravvivenza di batteri potenzialmente patogeni, e la loro conseguente insorgenza e trasmissione anche nei diversi contesti assistenziali. Per questi motivi le Rsa rappresentano un serbatoio potenzialmente a rischio per la moltiplicazione delle resistenze ai farmaci generalmente prescritti.

Considerando poi l'invecchiamento della popolazione italiana (l'aspettativa di vita attuale è di 80,1 anni per gli uomini e di 84,7 per le donne), le Rsa per anziani giocano un ruolo importante nel Sistema sanitario del Paese. L'istat nel 2013 ne ha contate oltre i 2mila, per un totale di 384mila persone ospitate. Si tratta di strutture di lungodegenza e di riabilitazione che comprendono case di cura, ospedali specializzati in malattie croniche, centri di riabilitazione e istituzioni psichiatriche, e forniscono assistenza medico/infermieristica continua e qualificata anche per lo svolgimento delle comuni attività quotidiane. Il rapporto curato dal Gruppo di lavoro per lo studio delle infezioni nelle Residenze sanitarie assistenziali e strutture assimilabili (GLISTer) coordinato dalla Prof.ssa Laura Pagani dell'Università di Pavia, e pubblicato nel 2016, mostra come il tasso di colonizzazione da microrganismi multi-resistenti nelle Rsa in Italia sia più alto rispetto a quello di altri paesi europei. Sorvegliare questi batteri all'interno delle Rsa è fondamentale: i risultati rappresentano infatti, anche a livello locale, uno strumento per migliorare le strategie di prevenzione e di controllo delle infezioni, così come per orientare la prescrizione degli antibiotici più appropriati.

BIBLIOGRAFIA

The Review on Antimicrobial Resistance Chaired by Jim O'Neill December 2014

Aschbacher R, Pagani E, Confalonieri M, Farina C, Fazii P, et al. Review on colonization of residents and staff in Italian long-term care facilities by multidrug-resistant bacteria compared with other European countries. *Antimicrob Resist Infect Control* 2016; 5:33.

Siegel JD, Rhinehardt E, Jackson M, Chiarello L, Management of multidrug-resistant organisms(MDRO) in healthcare settings, 2006. Center for disease control and prevention (CDC).<https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/mdro/>

Linee di indirizzo per la sorveglianza dei batteri multi-resistenti nelle Long-Term Care Facilities (LTCFs) italiane, proposte dal Gruppo di Lavoro per lo Studio delle Infezioni nelle Residenze Sanitarie Assistenziali e Strutture assimilabili (GLISTer) dell'Associazione Microbiologi Clinici Italiani (AMCLI) Versione del 04.07.18

Un sistema Regionale di sorveglianza dell'antibiotico-resistenza non è stato ancora ufficialmente istituito ma rappresenta l'obiettivo che questo piano della prevenzione intende individuare nelle strategie di un'analisi di contesto. Allo stato attuale gli unici dati regionali ufficiali risultano dalla partecipazione al programma AR-ISS e EARS-Net 2018-2019 che prendono in considerazione solo i dati sulle batteremie e meningiti, desunti dalle microbiologie dei tre ospedali regionali, causate dagli otto microrganismi di interesse europeo e analizzano le informazioni sulla suscettibilità agli antimicrobici da parte di tutti gli isolati clinici.

I dati delle batteremie AR-ISS evidenziano per il Molise percentuali alte di resistenza relative alle principali combinazioni patogeno/antibiotico sotto sorveglianza, che si collocano nella fascia più alta delle medie di resistenza. Tali dati evidenziano per il Molise il 46% di meticillino-resistenza in *St.aureus*, 14.3% di VRE negli Enterococchi mentre per i Gram negativi 53.8% di resistenza a cefalosporine di terza generazione in *E.coli* e 38.9% di resistenza a carbapenemi in *K.pneumoniae*. Dati più globali, inerenti le ICA, risultano da rapporti desunti da statistiche presentate in ambito CIO aziendale che riguardano in maniera assoluta il contesto epidemiologico del solo Presidio Ospedaliero Hub A.Cardarelli di Campobasso.

Questo piano rappresenta per la Regione Molise un primo progetto One Health per visualizzare e rafforzare le misure di prevenzione nella lotta alla resistenza antimicrobica secondo i seguenti ambiti di intervento:

- Sorveglianza;
- Prevenzione e controllo delle infezioni;
- Uso corretto degli antibiotici;
- Formazione;
- Comunicazione e Informazione

3.10.3 Scheda di programma

3.10.3.1 Descrizione dal PNP

Il fenomeno dell'antibiotico-resistenza è un'emergenza di sanità pubblica a livello globale. Diversi antibiotici sono diventati parzialmente o del tutto inefficaci rendendo rischiose procedure mediche avanzate (es. chemioterapie antitumorali, trapianti d'organo, protesi d'anca). Si calcola che, in Europa, circa 25 mila decessi all'anno siano dovuti ad infezioni da batteri resistenti agli antibiotici e si stima che, entro il 2050, se non si riuscirà a contenere il fenomeno, le morti potrebbero arrivare a 10 milioni (fonte OMS).

L'Italia è uno dei Paesi europei con i livelli più alti di AMR, sempre superiore alla media europea, e con un elevato consumo di antibiotici (al 5° posto, dati ESAC-Net dell'ECDC). La maggior parte di queste infezioni è gravata da elevata mortalità (fino al 30%), capacità di diffondere rapidamente nelle strutture sanitarie, causando epidemie intra- e inter-ospedaliere, e di divenire endemici. L'*European Center for Disease Control* (ECDC) ha stimato che annualmente si verificano in Europa 670.000 infezioni sostenute da microrganismi antibioticoresistenti: queste sono responsabili di 33.000 decessi, dei quali più di 10.000 in Italia data l'alta prevalenza di infezioni antibioticoresistenti (Cassini A et al. Lancet Infect Dis 2018).

L'OMS, riconoscendo l'AMR un problema complesso che può essere affrontato solo con interventi coordinati multisettoriali, promuove un approccio *One Health*, sistematizzato nel 2015 con l'approvazione del Piano d'Azione Globale per contrastare l'AMR, collaborando da tempo con FAO, OIE e UNEP. La visione *One Health* è stata sostenuta anche dai leader G7 e G20. Ugualmente, la Commissione Europea ha adottato una prospettiva *One Health* e nel Piano d'azione 2011-2016 ha identificato le aree prioritarie di intervento. Il 2 novembre 2017 è stato approvato in Conferenza Stato Regioni il Piano nazionale di contrasto dell'AMR (PNCAR) 2017-2020, coerente con l'approccio *One Health*.

Il rischio infettivo associato all'assistenza, ossia il rischio per pazienti, visitatori e operatori di contrarre una infezione, ha un posto particolare nell'ambito dei rischi associati all'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, per dimensioni, complessità dei determinanti e trend epidemiologico in aumento. Le infezioni correlate all'assistenza (ICA) sono infezioni acquisite nel corso dell'assistenza e possono verificarsi in tutti gli ambiti assistenziali ospedalieri e territoriali.

L'impatto clinico-economico è rilevante: secondo un rapporto dell'OMS, le ICA causano prolungamento della degenza, disabilità a lungo termine, aumento dell'AMR, costi aggiuntivi e mortalità in eccesso. L'ECDC ha stimato che ogni anno si verificano più di 2,5 milioni di ICA in Europa e che le 6 ICA più frequenti (infezioni urinarie, infezioni del sito chirurgico, infezioni respiratorie, batteriemie, sepsi neonatale, infezioni

da *Clostridium difficile*) siano responsabili ogni anno di 501 DALYs/100.000 abitanti; tale burden è maggiore, quasi il doppio, di tutte le 32 malattie infettive notificabili considerate complessivamente (260 DALYs per 100.000 abitanti) (Cassini A et al PLOS Medicine 2016). Non tutte le ICA sono prevenibili, ma si stima che possa esserlo più del 50%. In Italia, per le infezioni del sito chirurgico, nel 2014-2015 si è rilevata un'incidenza di circa 1%, comparabile con gli standard europei e statunitensi. Per le UTI, nel 2016 si sono registrate le seguenti incidenze: batteriemie 4,5/1.000 gg-paziente; polmoniti 5,2/1.000 gg-pz; infezioni vie urinarie 2,2/1.000 gg-pz. Il primo Piano nazionale di contrasto dell'antimicrobico-resistenza (PNCAR) 2017-2020, approvato il 2 novembre 2017, evidenzia la necessità di linee di indirizzo uniche e un più forte coordinamento nazionale, per poter guidare meglio e armonizzare le attività di sorveglianza, prevenzione e controllo delle ICA e garantire il rispetto in tutto il paese di standard comuni condivisi.

La diffusione e lo sviluppo del presente Programma è in accordo con la strategia di contrasto dell'AMR, con approccio *One Health*, delineata nel PNCAR, che prevede il coinvolgimento collaborativo, intersettoriale, multidisciplinare e multiprofessionale, con l'integrazione delle azioni in ambito umano, veterinario, agroalimentare e ambientale, in una visione organica ed unitaria.

Il Programma, in linea con principi e obiettivi del PNP, adotta le lenti dell'equità, secondo il modello operativo proposto dal PNP (HEA), che prevede le seguenti fasi: elaborazione del profilo di salute ed equità, identificazione di aree/gruppi a più alto rischio di esposizione o di vulnerabilità ai fattori di rischio, conseguente adeguamento/orientamento dell'intervento in termini di disegno e allocazione, valutazione di impatto.

3.10.3.2 Sintesi delle principali evidenze e buone pratiche e relative fonti

1. *Piano d'azione quinquennale (2011-2016) contro la crescente minaccia dell'antibiotico-resistenza della Commissione Europea*
2. *A European One Health Action Plan against Antimicrobial Resistance (AMR) del 2017*
3. *WHO Global action plan on antimicrobial resistance del 2015*
4. *Dichiarazione della 71° Sessione dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite sull'antimicrobico-resistenza del 2016*
5. *Circolare ministeriale per la sorveglianza delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi prot.4968 del 23.02.2013 e successivi aggiornamenti*
6. *Piano nazionale di contrasto dell'AMR (PNCAR) 2017-2020 e successivi aggiornamenti*
7. *CAC/RCP 61-2005 "Codice di Comportamento per minimizzare e contenere la resistenza antimicrobica"*
8. *CAC/GL 77-2011 "Linee guida per l'analisi dei rischi da AMR in prodotti di origine alimentare"*
9. *The OIE Strategy on Antimicrobial Resistance and the Prudent Use of Antimicrobials del 2016*
10. *The FAO action plan on antimicrobial resistance 2016-2020*
11. *Report OCSE Stemming the Superbug Tide - Just a Few Dollars More del 2018*
12. *Conclusioni del Consiglio "Verso una strategia dell'Unione per una politica sostenibile in materia di sostanze chimiche" 2019*
13. *Biosicurezza e uso corretto e razionale degli antibiotici in zootecnia del Ministero salute*
14. *Linee guida per la predisposizione, effettuazione e gestione dei controlli sulla distribuzione e l'impiego dei medicinali veterinari del Ministero salute*
15. *Linee guida per l'uso prudente degli antimicrobici negli allevamenti zootecnici per la prevenzione dell'antimicrobico-resistenza e proposte alternative - Ministero della Salute*
16. *DECRETO 8 febbraio 2019 Modalità applicative delle disposizioni in materia di tracciabilità dei medicinali veterinari e dei mangimi medicati*
17. *Manuale operativo per la predisposizione e la trasmissione delle informazioni al sistema informativo di tracciabilità dei medicinali veterinari e dei mangimi*

3.10.3.3 Declinazione a livello regionale del Programma

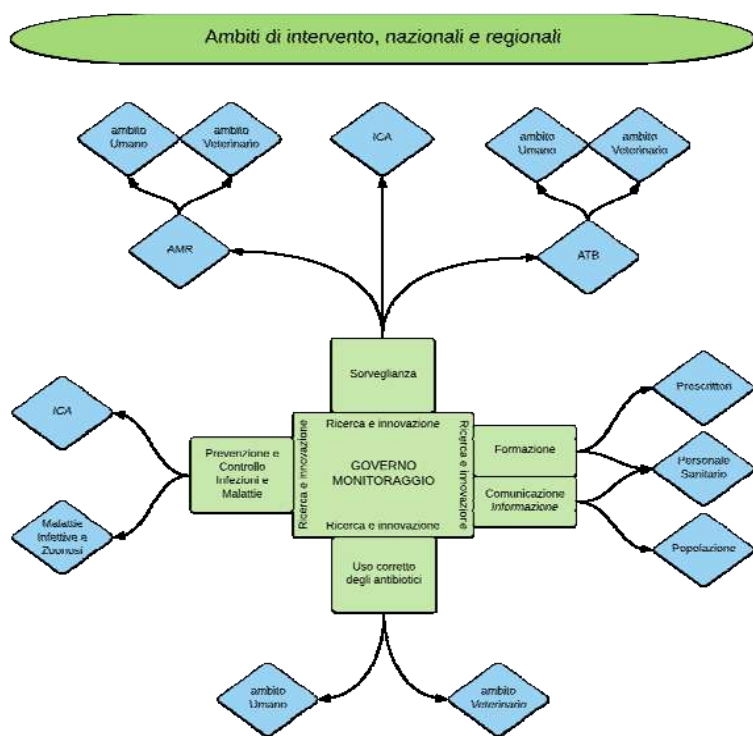
Al fine di realizzare un intervento di contrasto coerente a livello nazionale, e internazionale, il piano individua specifiche azioni regionali indispensabili per l'attuazione omogenea delle indicazioni nazionali e per la realizzazione o il rafforzamento degli interventi locali. Per queste azioni sono previste scadenze e misurazioni, prevalentemente di processo e struttura, da sottoporre ad uno specifico monitoraggio regionale e nazionale.

In attuazione del PNCAR, il Piano della Regione Molise 2020-2025 ha quindi lo scopo di realizzare un intervento organico e continuativo nel tempo per il contrasto alle antibiotico resistenze attraverso il

Gli obiettivi generali 2020-2025 sono quindi:

1. Individuare e rendere stabili le attività di sistema, cioè quelle attività che sono indispensabili e presupposto per la programmazione, la conduzione e la valutazione delle attività e azioni regionali rivolte al contrasto dell'antibiotico-resistenza.
2. Rendere istituzionali e coerenti a livello regionale e con il PNCAR le attività programmate e provvedere al loro rafforzamento, ove necessario.
3. Programmare e realizzare gli ulteriori interventi previsti dal PNCAR o ritenuti necessari per la nostra Regione.

La sua struttura prevede azioni articolate in una area di governo e monitoraggio e in cinque ambiti di intervento (sorveglianza, controllo delle infezioni e malattie, uso corretto degli antibiotici, formazione, comunicazione e informazione) rivolte principalmente al settore umano e veterinario. A loro volta gli ambiti di intervento sono articolati in aree di intervento specifiche.



1. Realizzazione della rete dei laboratori di Microbiologia.

La Microbiologia Clinica è chiamata a svolgere, nel PNCR 2020-2025, un ruolo cardine nella lotta all'antibiotico resistenza. L'attività e le competenze microbiologiche sono esercitate in diversi ambiti con azioni

Inoltre il contributo della Microbiologia Clinica diventa indispensabile nella progettazione e nella programmazione delle attività formative sul tema del buon uso degli antibiotici e sulla corretta interpretazione di risultati microbiologici.

Solo un'organizzazione in rete dei laboratori di microbiologia risponde alle esigenze di miglioramento delle prestazioni (accreditamento regionale, protocolli armonizzati, EQA) e dei flussi informativi. L'adozione di un set minimo di indicatori ed il rispetto degli standard diagnostici rappresentano gli elementi di monitoraggio e controllo delle attività microbiologiche a garanzia della qualità dei dati, della stabilità del sistema informatico, e della realizzazione degli obiettivi prevista dal PNCAR.

2. Sorveglianza delle AMR.

Saranno sviluppate azioni comuni di ricognizione dei sistemi informatici e la valutazione dei dati di interesse comune, tra le due aree secondo le indicazioni nazionali (previste dal PNCAR.) ed internazionali.

Integrazione dei sistemi di sorveglianza mirati a patogeni MDR resistenti in ambito umano e veterinario nella sorveglianza nazionale.

Valutazione annuale dei dati di sorveglianza attraverso una rielaborazione statistica dell'incidenza dei microrganismi alert sotto sorveglianza e valutazione dei relativi profili di antibiotico-resistenza

3. Monitoraggio del consumo e dell'uso degli antibiotici

E' previsto un monitoraggio del consumo degli antimicrobici sia nella parte umana che veterinaria sviluppata secondo le specifiche indicazioni degli obiettivi del PNCAR sia per la parte medica che veterinaria.

Elaborare strategie per la condivisione delle informazioni e formazione per questa tematica (monitoraggio dei consumi) nello spirito della ONE HEALTH.

Verifica annuale dello stato dell'arte in materia di consumo di antimicrobici da parte del gruppo di coordinamento per la eventuale ridefinizione delle future strategie.

4. Prevenzione e controllo della trasmissione delle infezioni

L'azione è sviluppata con uguale titolo nelle due aree medica e veterinaria secondo le diverse specificità. Verifica annuale dello stato da parte del gruppo di coordinamento per la eventuale ridefinizione delle strategie e azioni comuni.

5. Promozione dell'uso corretto degli antibiotici

L'azione è sviluppata con uguale titolo nelle due aree medica e veterinaria secondo le diverse specificità. Anche in questo caso verifica annuale dello stato dell'arte da parte del gruppo di coordinamento per la eventuale ridefinizione delle strategie e azioni comuni.

6. Formazione

Promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezza che favoriscano l'adozione delle misure di contrasto dell'AMR nelle scuole di ogni ordine e grado, nei percorsi universitari e nell'aggiornamento continuo dei professionisti

Il capitolo "formazione" è sviluppato nella parte medica e veterinaria secondo le rispettive competenze.

7. Comunicazione e informazione

Partecipazione alla giornata europea "degli antibiotici": raccolta e distribuzione alle strutture pubbliche e private del materiale divulgativo sul corretto utilizzo degli antibiotici e di sensibilizzazione sulla tematica.

3.10.4 Obiettivi e indicatori delle azioni trasversali

INTERSETTORIALITÀ

PP10_OT01	Sviluppare/consolidare i processi intersettoriali con strutture ospedaliere, aziende sanitarie, ARPA, IZZSS, Ordini professionali/Federazioni, Comuni, Enti, Istituzioni,
-----------	---



	allevatori, operatori del settore alimentare e farmaceutico e altri stakeholder, finalizzati ad attivare il ruolo e la responsabilità per il contrasto dell'AMR
PP10_OT01_IT01	Tavoli tecnici intersettoriali
formula	Istituzione di tavoli tecnici regionali interistituzionali/intersettoriali/interdisciplinari finalizzati ad attivare il ruolo e la responsabilità per il contrasto dell'AMR
Standard	Costituzione di almeno un tavolo tecnico regionale entro il 2022
Fonte	Regione

FORMAZIONE

PP10_OT02	Promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezze che favoriscano l'adozione delle misure di contrasto dell'AMR nelle scuole di ogni ordine e grado, nei percorsi universitari e nell'aggiornamento continuo dei professionisti
PP10_OT02_IT02	Formazione sull'uso appropriato di antibiotici
formula	Presenza di offerta formativa progettata e gestita insieme alla Scuola, alle Università e agli Ordini professionali
Standard	Realizzazione di almeno un percorso formativo di carattere regionale, entro il 2022
Fonte	Regione

COMUNICAZIONE

PP10_OT03	Promuovere la consapevolezza da parte della comunità sull'uso appropriato degli antibiotici. Costruire strumenti di comunicazione e informazione, organizzare interventi mirati e specifici per i diversi stakeholder
PP10_OT03_IT03	Comunicazione sull'uso appropriato di antibiotici
formula	Esistenza di un programma regionale annuale di informazione e comunicazione basato sulle evidenze, coordinato con le azioni nazionali e le indicazioni del PNCAR
Standard	Realizzazione annuale del programma di comunicazione
Fonte	Regione

EQUITÀ

PP10_OT04	Orientare gli interventi per garantire l'equità nel Paese aumentando la consapevolezza nelle diverse comunità, nella popolazione e nelle categorie maggiormente a rischio
PP10_OT04_IT04	Lenti di equità
formula	Adozione dell'HEA
Standard	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2021
Fonte	Regione



3.10.5 Obiettivi e indicatori specifici

PP10_OS01	Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCAR 2017-2020 e successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione
PP10_OS01_IS01	Sorveglianza e monitoraggio (a)
formula	adesione regionale al sistema di sorveglianza dell'AMR in ambito umano, secondo le indicazioni del Ministero della Salute
Standard	SI (verifica annuale)
Fonte	Regione / ISS
PP10_OS01_IS02	Sorveglianza e monitoraggio (b)
formula	percentuale di strutture di ricovero pubbliche e private accreditate incluse nel sistema di sorveglianza dell'antibiotico-resistenza in ambito umano: (N. strutture di ricovero per acuti aderenti alla sorveglianza dell'AMR) / (N. totale delle strutture di ricovero per acuti) x 100
Standard	100% (entro il 2025, ma con verifica annuale di graduale aumento dell'adesione)
Fonte	Regione / ISS
PP10_OS01_IS03	Sorveglianza e monitoraggio (c)
formula	Sviluppo di procedure regionali di accreditamento per i laboratori pubblici partecipanti alla sorveglianza, omogenee tra le Regioni
Standard	SI (entro 2023)
Fonte	Regione
PP10_OS01_IS04	Sorveglianza e monitoraggio (d)_laboratori
formula	% laboratori regionali (pubblici e privati) coinvolti nella sorveglianza dell'AMR su animali da produzione di alimenti e da compagnia
Standard	Elenco dei laboratori al 2022 e verifica annuale di aumento della percentuale annua di partecipazione entro il 2025.
Fonte	Regione
PP10_OS01_IS05	Sorveglianza e monitoraggio (d)_procedure
formula	Sviluppo di procedure regionali omogenee per indagini intersettoriali in caso di individuazione di batteri patogeni resistenti negli esseri umani, negli animali e nei prodotti alimentari
Standard	SI (entro il 2023)
Fonte	Regione/IZS/CNR-LNR
PP10_OS01_IS06	Sorveglianza e monitoraggio dell'impiego degli antibiotici in ambito veterinario (d): A
formula	Restituzione annuale, da parte della Regione alle Aziende Sanitarie, di informazioni relative al consumo di antibiotici in ambito umano e veterinario, al fine di ottemperare agli obiettivi di riduzione dei consumi previsti dal PNCAR e successive versioni. In ambito veterinario tali informazioni scaturiscono dal sistema di tracciabilità del farmaco veterinario e REV
Standard	Produzione Report annuale (a partire dal 2022)
Fonte	Regione



PP10_OS01_IS07	Sorveglianza e monitoraggio dell'impiego degli antibiotici in ambito veterinario (d): B
formula	coordinamento delle attività del piano regionale residui a livello locale annuale del piano come previsto dal PNCAR
Standard	produzione report annuale
Fonte	Regione
PP10_OS01_IS08	Sorveglianza e monitoraggio dell'impiego degli antibiotici in ambito veterinario (d): C
formula	promozione dell'applicazione degli strumenti informatici messi a disposizione dal Ministero per la definizione di DDDVET per gli antimicrobici e le categorie di animali produttori di alimenti
Standard	almeno il 50% degli allevamenti deve essere monitorato con le DDDVET entro il 2025, con verifica annuale di graduale aumento di utilizzo
Fonte	Regione/ASL/Ordini Professionali
PP10_OS01_IS09	Sorveglianza e monitoraggio dell'impiego degli antibiotici in ambito veterinario (d): D
formula	Classificazione delle aziende zootecniche sulla base di indicatori di rischio attraverso specifici tool informatici messi a disposizione dal Ministero
Standard	100% (entro il 2025), con verifica annuale di graduale aumento dell'adesione)
Fonte	Regione
PP10_OS01_IS10	Sorveglianza e monitoraggio (e)
formula	% di strutture di ricovero in cui è stata effettivamente attivata la sorveglianza dei CRE, con un grado di copertura >90% (verificata attraverso lo "zero reporting" oppure attraverso l'incrocio con il flusso informatico regionale dei laboratori ove disponibile)
Standard	>90% (entro 2025), con verifica annuale di graduale aumento di utilizzo
Fonte	Regione/ISS
PP10_OS01_IS11	Sorveglianza e monitoraggio (f)
formula	Partecipazione regionale ad almeno tre sorveglianze delle infezioni correlate all'assistenza, come da indicazioni del Ministero della Salute, definendo un piano progressivo di sviluppo della sorveglianza regionale
Standard	n. 3 sorveglianze (entro 2022)
Fonte	Regione/ISS
PP10_OS01_IS12	Sorveglianza e monitoraggio (g)
formula	Formula % di Comitati per il Controllo delle infezioni correlate all'assistenza (CC-ICA) che producono un report annuale sulle infezioni correlate all'assistenza: $(N. \text{ CC-ICA che producono un report annuale sulle infezioni correlate all'assistenza} / (N. \text{ totale CC-ICA}) \times 100$
Standard	100% (ANNUALE)
Fonte	Regione
PP10_OS01_IS13	Promozione dell'applicazione di strumenti a supporto dell'attività di controllo ufficiale sull'uso appropriato degli antibiotici in ambito veterinario (a)
formula	Offerta e realizzazione di iniziative, a livello di ASL, indirizzate agli operatori addetti ai controlli ufficiali mirate alla verifica dell'adozione da parte degli allevatori dell'uso appropriato di antibiotici secondo linee guida nazionali entro il 2025
Standard	100% Asl aderiscono alle iniziative entro il 2025
Fonte	Regione



PP10_OS01_IS14	Promozione dell'uso appropriato di antibiotici in ambito veterinario (b):
formula	Esistenza di iniziative regionali indirizzate agli stakeholder, per promuovere l'uso appropriato di antibiotici in ambito veterinario, coordinate con le azioni nazionali e secondo le indicazioni del PNCAR e le linee guida sull'uso prudente
Standard	almeno 1 iniziativa annuale
Fonte	Regione
PP10_OS01_IS15	Promozione dell'uso appropriato di antibiotici in ambito umano (c):
formula	Esistenza di un team/gruppo multidisciplinare responsabile di programmi di Antimicrobial stewardship (AS) in tutte le Aziende sanitarie/Ospedali: (N Aziende sanitarie/Ospedali in cui è stato predisposto un programma di AS) / (N. totale Aziende sanitarie/Ospedali) x 100
Standard	100%, (entro il 2025)
Fonte	Regione
PP10_OS01_IS16	Prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) (a):
formula	Esistenza di un Comitato per il controllo delle Infezioni correlate all'assistenza in tutti gli ospedali pubblici: (N. ospedali che hanno attivato un Comitato per il controllo delle Infezioni correlate all'assistenza) / (N. totale ospedali) x 100
Standard	100%, (entro il 2022)
Fonte	Regione
PP10_OS01_IS17	Prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) (b):
formula	Istituzione di un sistema regionale di monitoraggio del consumo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani: (N. ospedali che dispongono di una sorveglianza esaustiva del consumo di soluzione idroalcolica) / (N. totale di ospedali della Regione) x100
Standard	100% (entro 2024)
Fonte	Regione
PP10_OS01_IS19	Formazione sanitaria specifica sull'uso appropriato di antibiotici e la prevenzione delle ICA
formula	% di Aziende che hanno inserito negli obiettivi formativi del PNCAR almeno un corso di formazione all'anno, su base residenziale o FAD, per medici, veterinari e farmacisti sul buon uso degli antibiotici e per tutti gli operatori sanitari sulla prevenzione delle ICA: (N. Aziende sanitarie in cui è stato predisposto almeno un corso di formazione all'anno) / (N. totale Aziende sanitarie) x 100
Standard	100% (entro 2024)
Fonte	Regione

3.10.6 Azioni

PROGRAMMA	PP10
TITOLO AZIONE (1 di 6)	Sviluppo sorveglianza degli isolamenti di laboratorio AR-ISS
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.6 Allestimento di strumenti per monitoraggio, valutazione, coordinamento dei livelli locali (es. piattaforme informatiche, sistemi di reporting, ecc.)



OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCAR 2017-2020 e successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione	
OS01IS04	Sorveglianza e monitoraggio (d)_laboratori
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

Il PNCAR prevede l'informatizzazione della sorveglianza nazionale AR_ISS e l'aumento del numero dei laboratori di microbiologia partecipanti sino alla copertura totale del territorio.

L'obiettivo finale, oltre all'informatizzazione, è

- l'estensione della sorveglianza AR-ISS a tutti i laboratori di microbiologia,
- lo sviluppo della sorveglianza con inclusione di tutti i patogeni e loro resistenze e l'integrazione tra settore umano e veterinario,
- lo sviluppo di procedure regionali di accreditamento per i laboratori pubblici partecipanti alla sorveglianza, sulla base delle indicazioni nazionali.
- miglioramento della rete di informatizzazione dei Laboratori di Microbiologia
- valutazione delle fattibilità, necessità e modalità di estensione del sistema di sorveglianza microbiologica al settore veterinario;
- Invio routinario dati sorveglianza AR_ISS. Progressiva estensione a tutti i laboratori regionali. Ampliamento della sorveglianza secondo indicazioni nazionali e necessità regionali.

PROGRAMMA	PP10
TITOLO AZIONE (2 di 6)	Sistema di sorveglianza degli Enterobatteri resistenti a carbapenemi (CPE)
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.6 Allestimento di strumenti per monitoraggio, valutazione, coordinamento dei livelli locali (es. piattaforme informatiche, sistemi di reporting, ecc.)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCAR 2017-2020 e successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione	



OS01IS05	Sorveglianza e monitoraggio (d)_procedure
OS01IS06	Sorveglianza e monitoraggio dell'impiego degli antibiotici in ambito veterinario (d): A
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT02 Promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezza che favoriscano l'adozione delle misure di contrasto dell'AMR nelle scuole di ogni ordine e grado, nei percorsi universitari e nell'aggiornamento continuo dei professionisti	
OT02IT02	Formazione sull'uso appropriato di antibiotici
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

Adesione alla sorveglianza nazionale degli enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE), messa a disposizione da ISS su una piattaforma dedicata. Obiettivo prioritario della sorveglianza è la copertura di tutti i laboratori di microbiologia pubblici e strutture del SSR e successiva estensione ai laboratori privati accreditati.

Gli obiettivi sono quindi:

- l'adozione regionale della piattaforma ISS a partire dai dati 2022.
- l'estensione della copertura della sorveglianza a tutte le strutture pubbliche e private

PROGRAMMA	PP10
TITOLO AZIONE (3 di 6)	AZIONI MIRATE ALL'ACQUISIZIONE DI SPECIFICHE COMPETENZE
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.1 Formazione operatori sanitari e sociosanitari
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCAR 2017-2020 e successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione	
OS01IS14	Promozione dell'uso appropriato di antibiotici in ambito veterinario (b):
OS01IS15	Promozione dell'uso appropriato di antibiotici in ambito umano (c):
OS01IS16	Prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) (a):
OS01IS17	Prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) (b):
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT02 Promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezza che favoriscano l'adozione delle misure di contrasto dell'AMR nelle scuole di ogni ordine e grado, nei percorsi universitari e nell'aggiornamento continuo dei professionisti	
OT02IT02	Formazione sull'uso appropriato di antibiotici
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	altro:ASREM e strutture sanitarie private

DESCRIZIONE

Promuovere attraverso azioni di formazione il conseguimento di specifiche competenze offerte al personale sanitario in materia di :

- corsi sulla lettura dell'antibiogramma, sulla farmacocinetica e farmacodinamica;
- formazione generale interdisciplinare sull'approccio One Health nei confronti dell'antibiotico-resistenza, umana e veterinaria.

PROGRAMMA	PP10
TITOLO AZIONE (4 di 6)	MONITORAGGIO DEL CONSUMO E USO CORRETTO DEGLI ANTIBIOTICI
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A PROMUOVERE LA SICUREZZA E LA TUTELA DELLA SALUTE DEI CITTADINI, LAVORATORI E CONSUMATORI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	6.1 Organizzazione/miglioramento/sviluppo delle attività di controllo/ispezione/vigilanza
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCAR 2017-2020 e successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione	
OS01IS15	Promozione dell'uso appropriato di antibiotici in ambito umano (c):
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

Tra gli obiettivi assegnati alle Aziende Sanitarie in ambito CIO è compresa l'implementazione dell'attività di stewardship attraverso le seguenti fasi:

1. definizione di un gruppo di lavoro multidisciplinare che comprende microbiologo, infettivologo e farmacista ospedaliero;
2. monitoraggio del trattamento di specifiche infezioni/profilassi come infezioni urinarie o polmoniti o profilassi in chirurgia, infezioni da C. difficile, trattamento di gravi infezioni, infezioni della cute o tessuti molli;
3. monitoraggio delle resistenze antimicrobiche e del consumo di antibiotici;
4. attuazione di interventi formativi;
5. Best-practice nell'accertamento microbiologico monitorando la qualità delle procedure di esecuzione dell'emocoltura allo scopo di ridurre la contaminazione del campione e l'incidenza di "falsi positivi";
6. Partecipazione alla Giornata internazionale sull'uso consapevole degli antibiotici in coerenza con le indicazioni nazionali.



PROGRAMMA	PP10
TITOLO AZIONE (5 di 6)	SORVEGLIANZA E CONTROLLO DELLE ICA
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A PROMUOVERE LA SICUREZZA E LA TUTELA DELLA SALUTE DEI CITTADINI, LAVORATORI E CONSUMATORI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	6.1 Organizzazione/miglioramento/sviluppo delle attività di controllo/ispezione/vigilanza
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCAR 2017-2020 e successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione	
OS01IS17	Prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) (b):
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

Al fine di attuare le azioni previste dal PNCAR, verra' attivato un sistema dedicato alle sorveglianze ICA a partire dal 2022 da parte dell'Azienda Sanitaria Regionale coerente con le indicazioni e le tempistiche nazionali.

AZIONE EQUITY

PROGRAMMA	PP10
TITOLO AZIONE (6 di 6)	PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE AMR E ICA NELLE RSA
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.2 Sottoscrizione di accordi di collaborazione, protocolli di intesa, convenzioni
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT04 Orientare gli interventi per garantire l'equità; nel Paese aumentando la consapevolezza nelle diverse comunit&#224;, nella popolazione e nelle categorie maggiormente a rischio	
OT04IT04	Lenti di equità
CICLO DI VITA	età adulta;terza età
SETTING	servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE



Avviare un percorso di collaborazione con le RSA territoriali per la sorveglianza, la prevenzione e il controllo delle ICA. Sarà effettuata una ricognizione delle procedure in materia presenti nelle RSA regionali, la predisposizione di un catalogo di buone pratiche (procedure) in materia, la loro diffusione e adozione. La sorveglianza verrà avviata attraverso il monitoraggio dei microrganismi alert. L'obiettivo da raggiungere è rappresentato da una riduzione delle ICA del 40% al 2025 con un traguardo annuale del 10%.

MONITORAGGIO DELL'AZIONE EQUITY-ORIENTED

OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Aumentare il numero di strutture sanitarie coinvolte nel monitoraggio
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	Invito; presentazione progetto; condivisione percorso e obiettivi; definizione strumenti di lavoro; definizione di documento di accordo e sottoscrizione.
ATTORI COINVOLTI	Direttori sanitari ospedalieri; Direttori RSA; Direttori Ospedali Privati.
INDICATORE	Ricognizione delle procedure finalizzate alla sorveglianza, prevenzione e controllo del rischio infettivo <ul style="list-style-type: none"> • Formula:(numero di strutture sanitarie pubbliche e RSA aderenti al programma/numero di strutture pubbliche e RSA totali) x100 • Standard100% (entro 2025, ma con verifica annuale di graduale aumento dell'adesione) • FonteASReM
OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Riduzione dell'incidenza dell'ICA nelle RSA
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	Il contrasto alla AMR sarà realizzato mediante la verifica dei protocolli in essere e l'adozione di misure di contrasto.
ATTORI COINVOLTI	Direzioni Sanitarie delle RSA, Distretti socio-sanitari territoriali.
INDICATORE	sorveglianza e monitoraggio delle ICA <ul style="list-style-type: none"> • Formula:(numero di residenti RSA con ICA/numero totale di residenti RSA) X100 • Standardriduzione del 40% delle ICA (entro 2025, ma con verifica annuale di graduale diminuzione delle ICA) • FonteASRem

CAPITOLO 4 Programmi Liberi

4.1 PL11 Screening oncologici

4.1.1 Quadro logico regionale

CODICE	PL11
REFERENTI DEL PROGRAMMA	Francesco Angelo Carrozza
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	MO1 Malattie croniche non trasmissibili
MACRO OBIETTIVO TRASVERSALE DI RIFERIMENTO	<ul style="list-style-type: none">- MO1 Malattie croniche non trasmissibili- MO6 Malattie infettive prioritarie
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	<ul style="list-style-type: none">- MO1-01 Aumentare la consapevolezza nella popolazione sull'importanza della salute riproduttiva e pre-concezionale- MO1-08 Promuovere l'adozione consapevole di uno stile di vita sano e attivo in tutte le età e nei setting di vita e di lavoro, integrando cambiamento individuale e trasformazione sociale- MO1-20 Aumentare l'estensione dei programmi di screening oncologico alla popolazione target per ciascuno dei 3 tumori oggetto di screening- MO1-21 Aumentare l'adesione ai programmi di screening oncologico- MO1-22 Identificare precocemente i soggetti a rischio eredo familiare per tumore della mammella- MO6-04 Completare l'informatizzazione delle anagrafi vaccinali interoperabili a livello regionale e nazionale tra di loro e con altre basi di dati (malattie infettive, eventi avversi, residente/assistiti) in particolare con riferimento all'integrazione vaccino HPV screening.
LINEE STRATEGICHE DI INTERVENTO	<ul style="list-style-type: none">- MO1LSn Rafforzamento/implementazione dei coordinamenti regionali screening- MO1LSo Offerta di programmi organizzati di screening oncologici per i carcinomi della cervice uterina (test HPV DNA), della mammella e del colon retto- MO1LSp Implementazione di protocolli di screening cervicale differenziati per le donne vaccinate a 11-12 anni contro l'HPV- MO1LSq Implementazione di percorsi diagnostico terapeutici, integrati con i programmi di screening in essere, per donne ad alto rischio di cancro alla mammella per mutazioni genetiche di BRCA1 e BRCA2- MO6LSb Coordinamento e integrazione tra diversi livelli istituzionali nella attuazione di interventi di prevenzione, nel periodico ritorno informativo a tutti i livelli e nel monitoraggio sistematico
LEA	<ul style="list-style-type: none">- F02 Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione



- F08 Screening oncologici definiti dall'Accordo Stato Regioni del 23 marzo 2005 e dal Piano nazionale
--

4.1.2 Sintesi del Profilo di salute ed equità ed Analisi di contesto

Nel 2020 l'intero mondo è stato investito dal ciclone della pandemia da SARS-CoV-2 con un impatto dirompente, da un punto di vista sanitario, sia sulle singole persone che sui sistemi sanitari in genere.

L'emergenza pandemica ha messo in evidenza come la diffusione dell'infezione abbia determinato conseguenze sfavorevoli, particolarmente disuguali sia in termini di ricoveri ma, verosimilmente, anche in termini di mortalità (come si valuterà in futuro) soprattutto a carico dei soggetti clinicamente più suscettibili e socialmente più vulnerabili (anziani, malati cronici, persone distanti dai luoghi di cura ecc.), con numerosi fattori di stress che hanno potenziato le condizioni di fragilità.

IL Rapporto AGENAS-MES SANT'ANNA di Pisa sulla resilienza del SSN durante la pandemia, pubblicato a luglio 2021, ha rilevato che, oltre al calo dei ricoveri, si è avuto un notevole calo anche nell'attività degli screening. Il confronto ha fatto riferimento al periodo gennaio - dicembre 2020, verso il medesimo periodo 2019. La fonte dei dati per gli screening è stata l'ONS.

Il contesto generale, per quanto attiene alla Regione Molise, mostra che l'attività di screening nel periodo di riferimento è stata sospesa, con una ripresa a partire dal secondo semestre 2020 per tutti e tre gli screening; l'attività è proseguita nel 2021 seguendo le indicazioni generali in relazione alla pandemia.

In Italia il dato saliente del decremento per lo screening mammografico è stato valutato in più del 37% (-37,7%); in Molise il dato è stato ancora più consistente raggiungendo un -41,1%. Lo screening del colon-retto in Italia ha segnato un -46% mentre il dato del Molise ha segnato un -59,7%. Per quanto attiene ai volumi di interventi chirurgici i dati di riferimento per il tumore al colon sono stati un -17,7% in Italia ed un -22,9% in Molise; mentre l'attività di interventi chirurgici per neoplasia mammaria è stata di un -10,1% in Italia a fronte di un -4,5% in Molise che, seppur partendo da numeri non particolarmente importanti, dimostra una buona capacità di ripresa, riuscendo così a contenere la severa problematicità verificatasi in quel contesto.

Anche in Molise l'impatto della pandemia ha avuto un andamento caratterizzato da una prima fase (primavera 2020) abbastanza circoscritta mentre in autunno la diffusione del virus si è manifestata in modo più intenso con una rapida crescita dei contagi accompagnato da un drastico incremento dei decessi che tra novembre 2020 ed aprile 2021 è arrivato ad un livello superiore a quello del Paese.

La campagna vaccinale avviata a fine 2020, invece, ha visto una buona adesione tanto che attualmente circa l'85% della popolazione molisana, compreso i giovani al di sotto dei 16 anni, ha ricevuto la seconda dose.

Una rilevazione di AGENAS ha valutato che nel primo semestre del 2020 in Molise i ricoveri per prestazioni non collegate al Covid-19 si sono quasi dimezzati rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente; nei primi nove mesi dell'anno le prestazioni specialistiche ambulatoriali si sono ridotte del 27 per cento. Anche l'attività di prevenzione ha subito un forte rallentamento, con un calo del 47 per cento degli screening effettuati nell'arco dell'anno. Il rinvio di tali prestazioni, in parte recuperato nell'ultimo trimestre del 2020, si tradurrà verosimilmente in un maggiore fabbisogno sanitario in futuro.

Gli stili di vita nel 2019 collocavano il Molise in una posizione meno favorevole rispetto a quella nazionale per una più diffusa sedentarietà (53,6% in Molise contro una media del 35,6% in Italia), una maggiore quota di persone obese (15,3% in Molise vs 10,8% in Italia) un maggior consumo di alcolici (19,2 in Molise contro 9,3 in Italia) mentre la percentuale di persone con almeno due malattie croniche in rapporto alla popolazione standardizzata per età era all'incirca simile (18,5 in Molise contro 18,0 in Italia) (Sorveglianza PASSI)

A ciò si aggiunge che, al momento, le radiologie degli ospedali regionali non sono coinvolte nel percorso dello screening della mammella per motivi complessi, legati prevalentemente alle difficoltà gestionali della

regione (Piano di Rientro, carenza di personale medico, carenza di personale tecnico ecc.) a cui negli anni 2020-2021 si è aggiunto l'impatto della pandemia da COVID-19.

Demografia

L'andamento demografico della popolazione molisana è in costante decremento avendo perso, dal 2001 al 2021, quasi 20.000 abitanti.

Una valutazione più ampia mostra come la popolazione molisana residente, dal 1951 al 2019, abbia avuto lenta ma costante diminuzione con una perdita di quasi 100.000 unità con un tasso di decremento annuo (-7,1%) in contrasto con la media nazionale.

POPOLAZIONE RESIDENTE AI CENSIMENTI DELLA POPOLAZIONE DAL 1951 AL 2019. Popolazione residente in Molise (asse dx) e variazioni medie annue per 1.000 residenti Molise e Italia (asse sin)



La distribuzione territoriale della popolazione evidenzia un significativo squilibrio fra le aree dei due capoluoghi di provincia, in cui si rilevano i più elevati valori di densità di popolazione, e le zone interne, sempre più colpite dallo spopolamento. Negli 84 comuni della provincia di Campobasso, si concentrano poco meno dei tre quarti della popolazione. I residenti della provincia di Isernia sono appena il 27.7% della popolazione della regione.

POPOLAZIONE RESIDENTE PER PROVINCIA. Censimenti 2019, 2018 e 2011. Valori assoluti e variazioni per 1.000 residenti

PROVINCE	Numero comuni	Popolazione residente			Variazioni medie annue	
		2019	2018	2011	2019-2018	2019-2011 ^(*)
Campobasso	84	217.362	219.763	226.419	-10,9	-5,1
Isernia	52	83.154	84.027	87.241	-10,4	-6,0
MOLISE	136	300.516	303.790	313.660	-10,8	-5,3

(*) Variazione media annua geometrica (o composta)

Struttura della popolazione per genere ed età

I residenti al 1° gennaio 2021 risultano essere 296.547, con un ulteriore calo rispetto al 2019, di questi 145.946 (pari al 49.2%) sono maschi mentre 150.601 (50.8%) sono femmine, non compensata dalla popolazione di cittadini residenti stranieri che ammonta a 12.290 (6032 M, 6238 F)^[1]. Il rapporto di

mascolinità è di circa 97%, simile a quello del 2019 ed in maggior equilibrio rispetto al 2011 quando era del 95%.

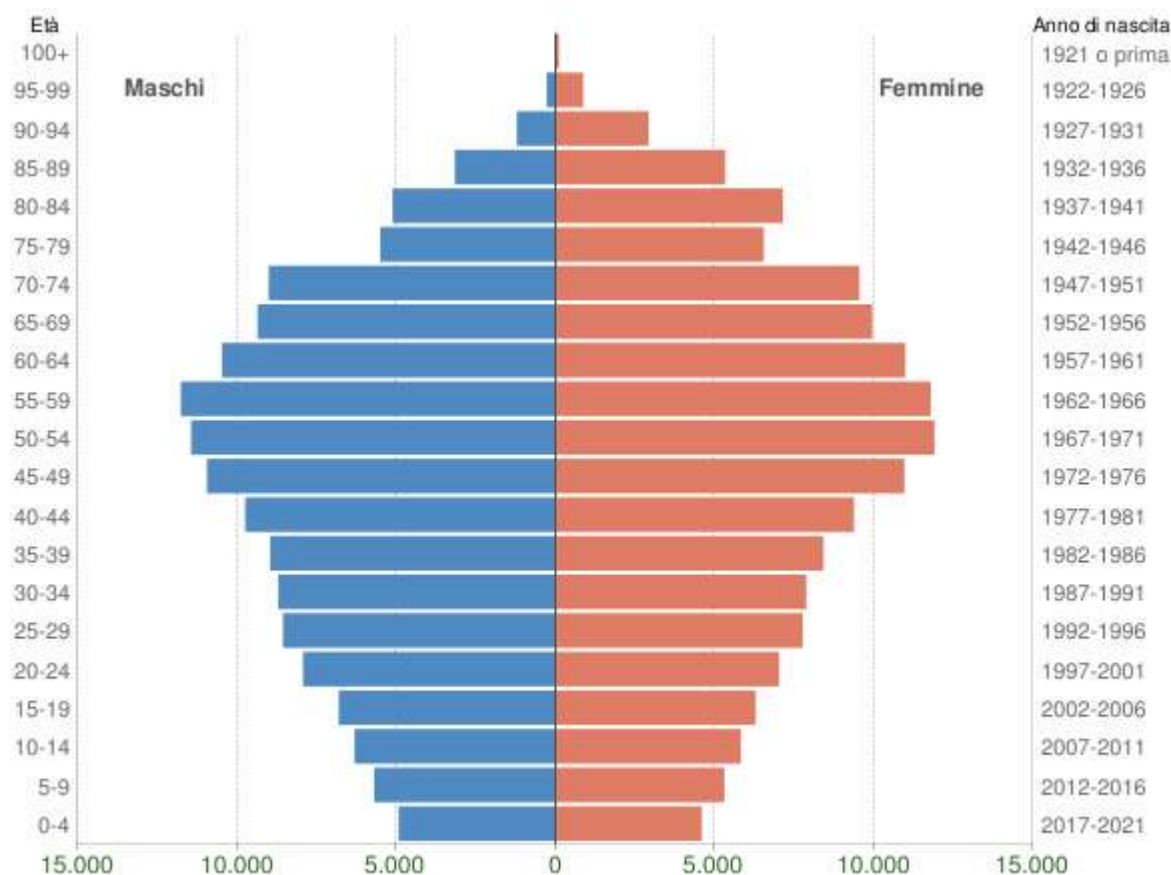
I nuclei familiari sono 131.325 con un numero medio di componenti per famiglia di 2.28 con un saldo migratorio, anche con l'estero, che dal 2016 è divenuto costantemente negativo.

Il grafico in basso, la Piramide delle Età, rappresenta la distribuzione della popolazione residente in Molise per età e sesso al 1° gennaio 2021. I dati sono provvisori o frutto di stima e la distribuzione per stato civile non è al momento disponibile.

La popolazione è riportata per classi quinquennali di età sull'asse Y, mentre sull'asse X sono riportati due grafici a barre a specchio con i maschi (a sinistra) e le femmine (a destra).

In generale, la forma di questo tipo di grafico dipende dall'andamento demografico di una popolazione, con variazioni visibili in periodi di forte crescita demografica o di cali delle nascite per guerre o altri eventi.

In Molise ha avuto la forma simile ad una piramide fino agli anni '60, cioè fino agli anni del boom demografico. Da notare anche la maggiore longevità femminile degli ultra-sessantenni



Popolazione per età e sesso - 2021

MOLISE - Dati ISTAT 1° gennaio 2021 - Elaborazione TUTTITALIA.IT

Altri elementi di riflessione ci vengono dall'analisi strutturata della popolazione, considerata nelle tre fasce di età: giovani 0-14 anni, adulti 15-64 anni e anziani 65 anni ed oltre. Il grafico mostra una struttura di popolazione di tipo regressivo, con la popolazione giovane minore di quella anziana.



Struttura per età della popolazione (valori %)

MOLISE - Dati ISTAT al 1° gennaio di ogni anno - Elaborazione TUTTITALIA.IT

Lo studio di tali rapporti è importante per valutare alcuni impatti sul sistema sociale, su quello lavorativo e su quello sanitario. A tal proposito l'età media della popolazione totale è di 47.5 anni e l'indice di vecchiaia, che rappresenta il grado di invecchiamento di una popolazione, ovvero il rapporto percentuale tra il numero degli ultrasessantacinquenni ed il numero dei giovani fino ai 14 anni, nel 2021 si stima sarà di 233,0 anziani ogni 100 giovani. A completamento della descrizione delle caratteristiche della popolazione molisana l'indice di struttura della popolazione attiva [che rappresenta il grado di invecchiamento della popolazione in età lavorativa e che è il rapporto percentuale tra la parte di popolazione in età lavorativa più anziana (40-64 anni) e quella più giovane (15-39 anni)] è salito a 139,7 nel 2021 dal 90,0 del 2002.

Per contro l'indice di natalità per mille abitanti nel 2019 è stato di 6.4 contro 8.1 del 2002 mentre l'indice di mortalità, sempre nel 2019 è stato del 12.1 contro il 10.6 del 2002^[1].

Grado di istruzione

Tra il 2011 e il 2019 il livello dell'istruzione nella regione Molise è nettamente migliorato, in linea con quanto si registra a livello nazionale.

Nel 2019, dall'analisi della popolazione molisana residente di oltre 15 anni di età in possesso di un titolo di studio, emerge che il numero dei diplomati prevale su coloro i quali sono in possesso della laurea o di un titolo post lauream. Infatti la percentuale dei cittadini che ha conseguito il diploma di istruzione superiore è del 34,7%, rispetto al 14,2% di molisani in possesso di un titolo accademico, il 16.9% ha un titolo di licenza elementare, il 27.7% la licenza di scuola media. LA presenza degli analfabeti è quasi dimezzata mentre gli alfabeti privi di titolo di studio scendono al 4.7%.

Una proporzionalità che si ritrova anche rispetto al numero dei disoccupati dal momento che il tasso di disoccupati diplomati (13,8%) è di gran lunga superiore al tasso dei disoccupati laureati (6,7%) e sebbene il dato regionale sia superiore al dato medio nazionale (5,7%), è sensibilmente inferiore al dato della media del Mezzogiorno d'Italia che, invece, registra un tasso di disoccupazione dei laureati nel 2019 pari al 10,2%.

La condizione professionale

Una rilevazione al 31 dicembre 2019 della forza lavoro, come mostrato nel grafico, evidenzia un incremento di 2.450 unità in più rispetto al 2011 (+1,9%)

POPOLAZIONE RESIDENTE DI 15 ANNI E PIU' PER CONDIZIONE PROFESSIONALE O NON PROFESSIONALE. Censimenti 2019, 2018 e 2011

CONDIZIONE PROFESSIONALE O NON PROFESSIONALE	2019			2018			2011		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Forze di lavoro	76.292	54.926	131.218	76.876	53.848	130.724	76.037	52.731	128.768
Occupato/a	66.164	43.821	109.985	64.884	42.589	107.473	67.321	43.584	110.905
In cerca di occupazione	10.128	11.105	21.233	11.992	11.259	23.251	8.716	9.147	17.863
Non forze di lavoro	54.285	81.462	135.727	55.046	83.665	138.711	56.580	89.329	145.909
Perceptrice di pensioni da lavoro o di redditi da capitale	30.291	31.917	62.208	31.702	34.237	65.939	34.460	39.751	74.211
Studente/essa	10.410	11.746	22.156	10.737	12.361	23.098	11.415	13.395	24.810
Casalinga/o	1.132	27.825	28.957	1.230	26.787	30.017	438	26.727	29.165
In altra condizione	12.432	9.974	22.406	11.377	8.280	19.657	10.267	7.456	17.723
TOTALE	130.557	136.388	266.945	131.922	137.513	269.435	132.617	142.060	274.677

Il tasso di attività sale al 49,2%, 3,3 punti percentuali sotto il corrispondente valore italiano; gli occupati rappresentano il 41,2% della popolazione di 15 anni e più contro il 45,6% della media nazionale.

Secondo l'ISTAT la disoccupazione in Molise passa dal 9,9% del 2011 al 12,2% del 2019. Tra le due province molisane, la provincia di Isernia ha il tasso di disoccupazione maggiore con un 13,1% nel 2019 rispetto alla provincia di Campobasso dove il tasso di disoccupazione si ferma al 11,8%.

Nonostante una maggiore partecipazione delle donne molisane al mercato del lavoro, lo squilibrio di genere permane e assume valori più ampi rispetto alla media nazionale. Nel 2019 il gap di genere del tasso di attività (40,3% per le donne e 58,4% per gli uomini) è di 18, 1 punti, la distanza tra il tasso di occupazione delle donne (32,1%) e quello degli uomini (50,7%) di 18,6 punti mentre il tasso di disoccupazione delle donne, 20,2%, supera di quasi sette punti il corrispondente valore degli uomini che è pari al 13,3% con un divario di quasi 7 punti mentre a livello nazionale il divario uomo-donna per il tasso di disoccupazione si ferma a 3,5 punti.

Dati epidemiologici : Il rapporto "I numeri del cancro in Italia 2019 [AIOM-AIRTuM] – dati regionali “ riporta per la Regione Molise una stima di nuovi casi di cancro pari a circa 2.000 (1.300 circa nei maschi e 700 circa nelle femmine). Di questi si stima che 250 (circa 1 cancro su 3 nel sesso femminile) sia a carico della mammella, 250 nuovi casi (fra uomini e donne) siano a carico del tumore del colon-retto e circa 50 casi della cervice uterina.

In termini di incidenza (stima 2019, tasso per 100.000 standardizzato sulla popolazione europea) la neoplasia di mammella ha un tasso di 144,8, colon retto nei maschi 83,9 mentre nelle femmine 55,9, infine la cervice uterina ha un tasso di incidenza dell'8,4.

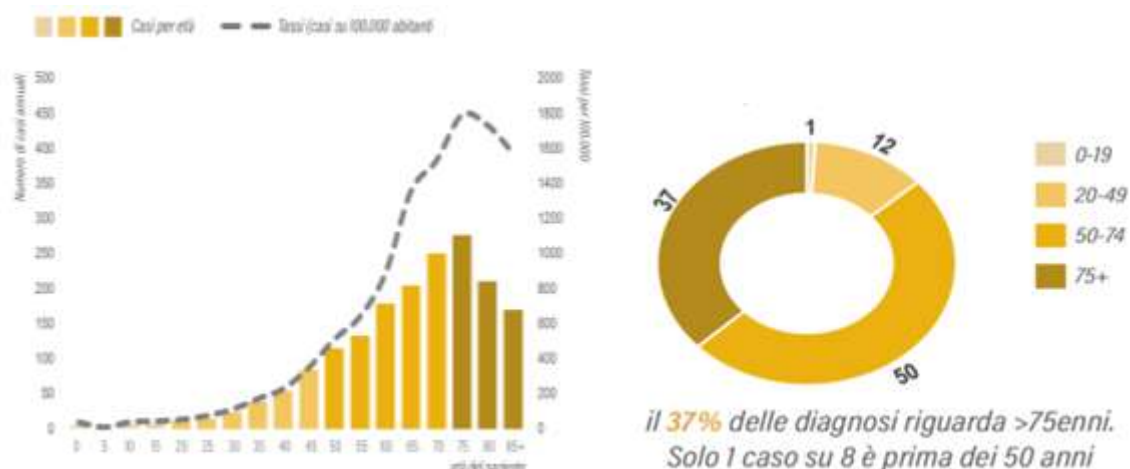
I dati di mortalità relativi al 2016, da fonte ISTAT, riportano un numero totale di morti per cancro pari a 789 di cui 44 attribuibili alla mammella, 94 al colon-retto (54 ai maschi e 40 alle femmine) mentre per la cervice uterina 1 caso.

I Dati del Registro Tumori del Molise

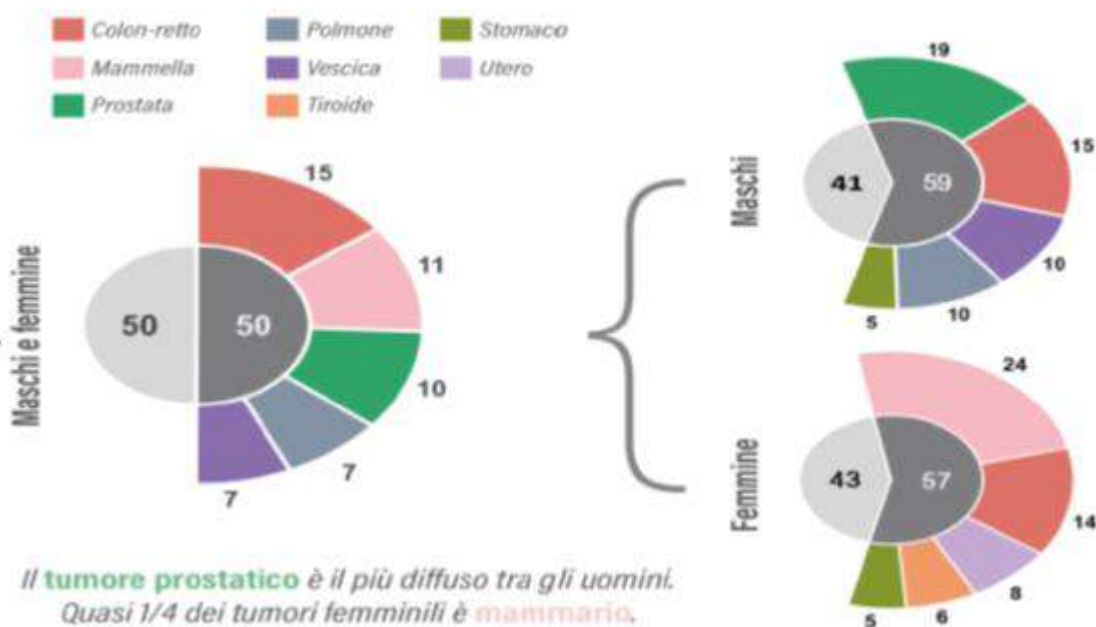
A luglio di questo anno è stato presentato il I° Rapporto sui dati del Registro Tumori della Regione Molise relativi agli anni 2010-2013; attualmente è in via di completamento il successivo quadriennio 2014-2017.

Da tali dati si può desumere che, in media, nella regione Molise nel quadriennio di riferimento sono stati diagnosticati 1759 tumori/anno mentre i dati di mortalità per tumore erano mediamente di 823 persone con un rischio di morte dell'11% per gli uomini e un 7% per le donne.

Veniva confermato che la diagnosi di tumore dipende dall'età: a partire dai 65 anni i tassi di incidenza superano il valore di 1 caso ogni 100 abitanti, tanto che dopo i 50 anni i casi diagnosticati sono ben l'87%.



Ovviamente la frequenza dei principali tumori è diversa nei due sessi essendo la neoplasia di prostata il tumore più frequente negli uomini (19%) seguito dal colon-retto mentre fra le donne il primo tumore è di gran lunga quello mammario (24%) seguito da colon-retto e utero (cervice e corpo).

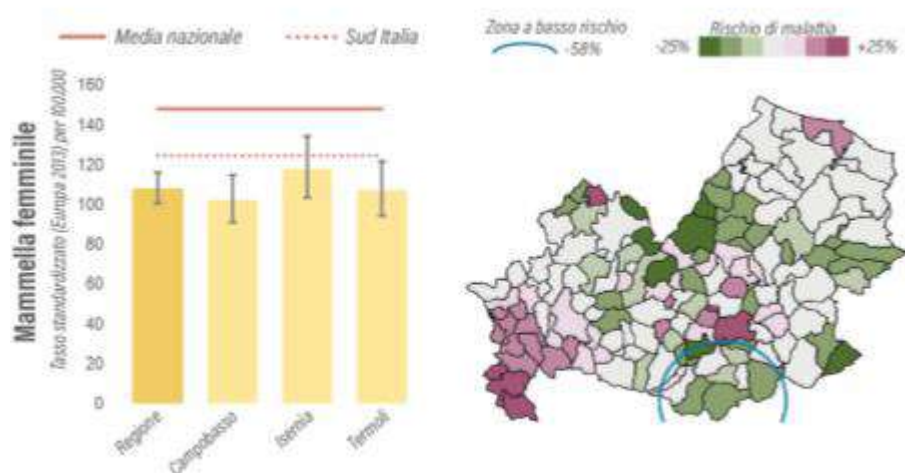


In generale, i tassi di incidenza riscontrati nei residenti nella regione Molise, sono di molto inferiori alla media nazionale, in modo significativo, sia tra i maschi che tra le femmine mentre sono sostanzialmente in linea con quelli delle regioni del Sud Italia.

Nello specifico per quanto riguarda la neoplasia della mammella si evidenziano tassi medi molto ridotti, inferiori alla media del Sud Italia, oltre che a quella nazionale.

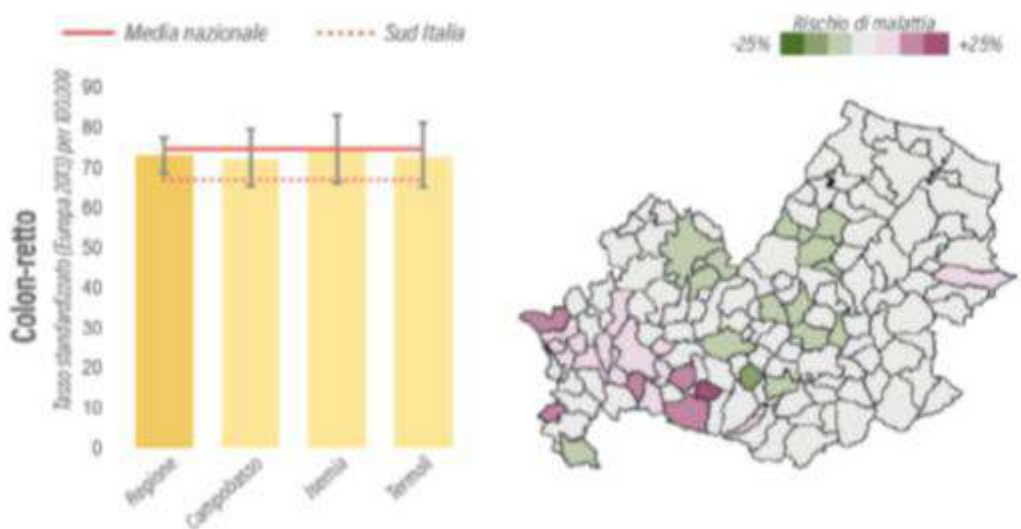
Il carcinoma della mammella è il tumore più frequentemente diagnosticato nelle donne in Italia ed anche in Molise conserva questo primato con circa 250 casi/anno

Neoplasie della mammella femmine in Molise 2010-2013. Confronti nazionali e regionali



*I tassi dei tumori mammari sono **notevolmente inferiori alla media italiana**.*

Tra i tumori del grosso intestino, che coprendo il colon, la giunzione retto-sigmoidea ed il retto (esclusi ano e canale anale), non si rilevano particolari differenze intraregionali ma l'incidenza è lievemente superiore a quella della media del Sud Italia e sostanzialmente sovrapponibile a quella nazionale.



*I tassi dei tumori del colon-retto sono **superiori al dato dell'Italia meridionale**.*

Poco rilevanti sono i dati relativi alla cervice uterina con meno di 40 casi/anno e nel complesso (insieme alle neoplasie del corpo dell'utero) mostrano dati in linea con la media nazionale e del Sud Italia.

4.1.3 Scheda di programma

4.1.3.1 Descrizione dal PNP

I programmi di screening hanno l'obiettivo di diminuire la mortalità specifica e l'incidenza delle patologie tumorali di colon, mammella e cervice uterina. Hanno altresì l'obiettivo di facilitare l'accesso ad una prestazione di prevenzione a tutta la popolazione e gestire l'offerta delle prestazioni di prevenzione con criteri di appropriatezza.

Nella Regione Molise il programma di prevenzione oncologica mediante screening è attivo dal 2003 nell'ambito del "PROGETTO MIMOSA" avviato sia per la neoplasia della mammella per tutte le donne con un'età target 50-69 anni, con mammografia ogni 2 anni; sia per la cervice uterina per tutte le donne con età target 25-64 anni con test ogni 3 anni.

In entrambe le circostanze l'invito era attivo con lettera prestampata ed eventuale sollecito in caso di mancata presentazione.

Successivamente, nel 2008, venne avviato il Programma Regionale per gli Screening Oncologici per la neoplasia del colon-retto per uomini e donne in età fra i 50 e i 69 anni, utilizzando il test FOBT.

Nel corso del tempo il progetto si è modificato poiché al PAP-TEST si è aggiunto l'utilizzo del test-HPV mentre nello screening del carcinoma del colon-retto, grazie ad un accordo con Federfarma, la provetta non viene più inviata a domicilio ma viene distribuita in tutte le farmacie della regione, a disposizione sia di chi ha ricevuto l'invito sia per chi volesse aderire spontaneamente.

Al momento il programma regionale prevede:

Screening mammografico	
Test di screening	mammografia bilaterale con proiezioni standard e lettura in doppio cieco
Cadenza del test	ogni 2 anni, se negativa
Target	donne fra i 50 e i 69 anni
Modalità di adesione	<ul style="list-style-type: none"> invito attivo mediante lettera con appuntamento prefissato, (modificabile dalla donna, contattando la segreteria dello screening) adesione spontanea chiamando la segreteria dello screening

Screening neoplasia cervice uterina con pap test	
Test di screening	Pap-test
Cadenza del test	Ogni 3 anni
Target	Donne fra i 25 e i 29 anni
Modalità di adesione	<ul style="list-style-type: none"> invito attivo mediante lettera con appuntamento prefissato (modificabile dalla donna contattando la segreteria dello screening) adesione spontanea chiamando la segreteria dello screening
Screening neoplasia cervice uterina con test HPV	



Test di screening	Test HPV
Cadenza del test	Ogni 5 anni
Target	Donne fra i 30 e i 64 anni
Modalità di adesione	<ul style="list-style-type: none"> invito attivo mediante lettera con appuntamento prefissato (modificabile dalla donna contattando la segreteria dello screening) adesione spontanea chiamando la segreteria dello screening

Screening colon-retto	
Test di screening	FOBT (test del sangue occulto nelle feci)
Cadenza del test	ogni 2 anni, se negativo
Target	Uomini e donne fra i 50 e i 69 anni
Modalità di adesione	<ul style="list-style-type: none"> invito attivo mediante lettera che invita a ritirare in farmacia o altra struttura indicata il kit per l'esecuzione del test adesione spontanea ritirando un kit presso una farmacia o altra struttura indicata

In tutti e tre i programmi di screening è prevista una lettera di sollecito ai non aderenti al primo invito. In caso di dubbio/positività del test di I^a livello, in ognuno dei tre screening, si avvia il percorso di valutazione con i test di II^a livello previsti per ogni singolo programma.

4.1.3.2 Sintesi delle principali evidenze e buone pratiche e relative fonti

Il complesso delle malattie cronico-degenerative non trasmissibili, di cui fanno parte le malattie cardiovascolari, i tumori, le patologie respiratorie croniche e il diabete, rappresentano nelle moderne società il principale problema di sanità pubblica. Sono la principale causa di morbosità, invalidità e mortalità avendo il maggior impatto in termini di costi umani, sociali ed economici.

Per tutte queste patologie esiste un'altissima potenzialità di prevenzione soprattutto se si esplicano tutte le possibilità connesse alla prevenzione primaria facendo leva sugli stili di vita (alimentazione, attività fisica, fumo) e quelle connesse alla prevenzione secondaria utilizzando al meglio la potente arma degli screening. Al rilevante peso epidemiologico che riveste tale gruppo di malattie si deve aggiungere l'impatto che avrà nei prossimi anni, nel nostro paese ed in particolare nella nostra regione, l'innalzamento dell'età media della popolazione con importante ricaduta in termini di numero di diagnosi, anche a parità di incidenza considerato che circa il 50% dei tumori viene diagnostico in età superiore ai 70 anni (AIRTUM-AIOM I numeri del cancro in Italia 2020).

In termini di sopravvivenza, come già evidenziato nei precedenti rapporti AIRTUM, i dati del campione di pazienti oncologici raccolti dai registri tumori italiani, confermano come la sopravvivenza dei pazienti italiani sia allineata ai livelli più alti osservati in Europa. Poiché a 5 anni dalla diagnosi per tutti i tumori (esclusi i tumori della cute diversi dal melanoma) è vivo il 60% degli uomini e il 64% delle donne. (AIRTUM-AIOM I numeri del cancro in Italia 2021)

In Italia, i tassi di mortalità per tutti i tumori sono diminuiti circa del 10% negli uomini e dell'8% nelle donne tra il 2015 e il 2021, con tassi di mortalità previsti di circa 113 per 100.000 uomini e 73 per 100.000 donne; il numero di decessi è tuttavia aumentato dello 0,6% per gli uomini e del 2,0% per le donne, raggiungendo

rispettivamente 100.200 e 81.000 morti riflettendo l'invecchiamento della popolazione. (AIRTUM-AIOM I numeri del cancro in Italia 2021).

Negli ultimi anni si è avuto un importante incremento della sopravvivenza imputabile a due strumenti principali, da un lato i miglioramenti diagnostici e i moderni approcci terapeutici, dall'altro la diffusione sempre più capillare della prevenzione secondaria (screening) il cui obiettivo è la riduzione della mortalità specifica [obiettivo principale degli screening per la prevenzione del tumore della mammella, del colon-retto e della cervice uterina]. Per le neoplasie oggetto di screening di popolazione (mammella, colon-retto, cervice uterina), la probabilità di sopravvivenza cresce sensibilmente poichè la grande maggioranza delle neoplasie diagnosticate con screening è in fase iniziale e pertanto a prognosi favorevole. Per tali motivi, la prognosi di una neoplasia individuata con screening migliora parallelamente al tempo trascorso dalla diagnosi, portando a una notevole riduzione del rischio di morte. (AIRTUM-AIOM I numeri del cancro in Italia 2021).

In merito allo screening mammografico, grazie anche all'attuale dibattito per la valutazione del rapporto tra effetti positivi dello screening mammografico (riduzione della mortalità specifica) ed effetti negativi (sovradiagnosi e sovra trattamento) il WHO ha redatto un position paper che convalida lo screening mammografico come efficace e sostenibile per la riduzione della mortalità per tumore al seno (a condizione del rispetto di criteri qualitativi nella erogazione del programma di screening) ed in tal senso raccomanda, in contesti con alte risorse e con un servizio sanitario organizzato, l'erogazione di un programma di screening mammografico per le donne 50-69 anni con chiamata biennale.

Significativo il position paper ministeriale in merito al fenomeno dei cancri di intervallo e alla formazione dei professionisti dello screening.

Altra tematica di interesse è la definizione di percorsi efficaci ed efficienti per l'individuazione ed il monitoraggio di donne ad alto rischio eredo-familiare: sono presenti evidenze che definiscono vantaggioso l'attuare programmi di monitoraggio.

In merito allo screening cervicale l'introduzione della metodologia di ricerca del HPV-DNA è ormai considerata come quella più efficace per diminuire mortalità ed incidenza del tumore della cervice uterina. In merito allo screening colon rettale le principali evidenze sono sintetizzate nelle recenti linee guida europee che validano l'utilizzo del test del sangue occulto delle feci per ridurre la mortalità con efficacia pari rispetto all'utilizzo della colonscopia di screening. Analogamente al percorso mammografico è importante la riflessione e l'analisi dei percorsi di qualità e di formazione con particolare attenzione ai cancri di intervallo.

4.1.4 Obiettivi e indicatori delle azioni trasversali

INTERSETTORIALITÀ

PL11_OT02	Individuazione di Enti e Associazioni per la definizione di una Rete della Prevenzione.
PL11_OT02_IT05	Accordi intersettoriali (b)
formula	presenza di Accordi con soggetti esterni al sistema sanitario che possono sostenere/contribuire alle azioni (es. ANCI, Associazioni di promozione sociale e/o Sportiva, ecc.)
Standard	Almeno 2 Accordi entro il 2025



Fonte	Regione
PL11_OT02_IT07	Accordi intersettoriali
formula	Presenza di Accordi formalizzati tra Sistema Sanità e altri stakeholder
Standard	Almeno 1 Accordo regionale entro il 2022
Fonte	Regione
PL11_OT05_IT08	Accordi intersettoriali
formula	Presenza di accordi con soggetti esterni al sistema sanitario
Standard	Almeno 1 accordo entro il 2022, almeno 2 accordi entro il 2025;
Fonte	Regione

FORMAZIONE

PL11_OT03	Formazione degli operatori dello screening, operatori sanitari e del terzo settore
PL11_OT03_IT03	Formazione (A)
formula	Disponibilità di un programma di formazione congiunta e intersettoriale, che preveda la partecipazione degli operatori dei servizi sanitari e socio sanitari (inclusi i MMG e i PLS) e di rappresentanze di tutti gli Attori coinvolti nella realizzazione delle azioni previste dal Programma, che includa il tema della progettazione partecipata di interventi interdisciplinari e intersettoriali.
Standard	Realizzazione di almeno un percorso formativo, ogni anno a partire dal 2022
Fonte	Regione

COMUNICAZIONE

PL11_OT04	Promuovere campagne di informazione rivolte alla cittadinanza e agli operatori
PL11_OT04_IT06	Comunicazione e informazione
formula	Disponibilità di iniziative/strumenti/materiali di comunicazione per diffondere la cultura della sicurezza in ambiente domestico e sulla strada nelle comunità locali
Standard	Realizzazione di almeno 1 intervento di comunicazione/informazione per anno, a partire dal 2022
Fonte	Regione

EQUITÀ

PL11_OT01	Orientare gli interventi a criteri di equità; aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative
PL11_OT01_IT01	Lenti di equità
formula	adozione dell'HEA
Standard	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2022
Fonte	Regione



4.1.5 Obiettivi e indicatori specifici

PL11_OS01	Collaborazione con Enti e Associazioni per la definizione di una Rete della Prevenzione
PL11_OS01_IS01	Definizione di una Rete della Prevenzione
formula	presenza di accordi con soggetti esterni al sistema sanitario che possono sostenere/contribuire alle azioni (ANCI, Associazioni di promozione sociale e/o sportiva ecc.)
Standard	Almeno 2 accordi firmati entro il 2025
Fonte	Regione
PL11_OS01_IS13	Integrazione di interventi di promozione della salute nello screening
formula	Definizioni documenti condivisi
Standard	Gruppo di lavoro intersettoriale lavorerà ad un documento condiviso per l'attuazione di interventi finalizzati alla promozione di corretti stili di vita
Fonte	Regione
PL11_OS02	Garantire livelli di attività in grado di offrire lo screening della cervice uterina, nelle modalità previste, a tutta la popolazione eleggibile del programma e promozione della partecipazione delle donne per una scelta informata e consapevole
PL11_OS02_IS02	Copertura da esami screening cervice
formula	N. di persone sottoposte al test di screening del tumore della cervice nell'anno di riferimento+adesioni spontanee/popolazione bersaglio annuale
Standard	50%
Fonte	ASReM
PL11_OS02_IS03	Copertura da inviti screening cervice
formula	N. persone invitate allo screening del tumore della cervice nell'anno di riferimento+adesioni spontanee/popolazione bersaglio annuale
Standard	100% (+0-3%)
Fonte	ASReM
PL11_OS04	Modulare lo screening cervicale in base alla storia di vaccinazione per HPV. Permettere la valutazione della vaccinazione sulla base dei risultati dello screening
PL11_OS04_IS06	Linkage anagrafe regionale vaccinazione HPV e screening cervice
formula	N. di donne correttamente classificate come vaccinate contro HPV/donne invitate allo screening cervicale
Standard	100%
Fonte	ASReM
PL11_OS05	Garantire livelli di attività in grado di offrire lo screening del tumore della mammella, nelle modalità previste, a tutta la popolazione eleggibile del programma e promozione della partecipazione delle donne per una scelta informata e consapevole
PL11_OS05_IS07	Copertura da inviti screening mammella
formula	N. di persone invitate a sottoporsi a screening per il tumore della mammella nell'anno di riferimento+adesioni spontanee/popolazione bersaglio annuale



Standard	100% (0-3%)
Fonte	ASReM
PL11_OS05_IS08	Copertura da esami screening mammella
formula	N. di persone sottoposte al test di screening del tumore della mammella nell'anno di riferimento+adesioni spontanee/popolazione bersaglio annuale
Standard	52%
Fonte	ASReM
PL11_OS05_IS12	INTEGRAZIONE DEL PACS DELLE RADIOLOGIE CON I MAMMOGRAFI FISSI DEGLI OSPEDALI ED IL MAMMOGRAFO MOBILE
formula	N. di mammografie eseguite sul mobile x anno ed inserite sul PACS/n. di mammografie totali eseguite sul mammografo mobile
Standard	SI
Fonte	ASREM
PL11_OS06	Garantire livelli di attività in grado di offrire lo screening del tumore del colon-retto, nelle modalità previste, a tutta la popolazione eleggibile del programma e promozione della partecipazione degli uomini e delle donne, per una scelta informata e consapevole
PL11_OS06_IS09	Copertura da inviti screening colon-retto
formula	N. di persone invitate a sottoporsi a screening del tumore del colon-retto nell'anno di riferimento+adesioni spontanee/popolazione bersaglio annuale
Standard	100% (+0-3%)
Fonte	ASReM
PL11_OS06_IS10	Copertura da esami screening colon-retto
formula	N. persone sottoposte al test di screening del tumore del colon-retto nell'anno di riferimento+adesioni spontanee/popolazione bersaglio annuale
Standard	50%
Fonte	ASReM
PL11_OS07	Estendere lo screening oncologico per il tumore della mammella dai 45 ai 74 anni di età
PL11_OS07_IS11	Estensione screening oncologico per il tumore della mammella dai 45 ai 74 anni
formula	Estensione della attività di screening alle nuove fasce di età
Standard	Attività estesa alle nuove fasce d'età
Fonte	ASReM

4.1.6 Azioni

PROGRAMMA	PL11
TITOLO AZIONE (1 di 8)	Consolidamento del coordinamento multidisciplinare regionale di screening
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.13 Altro (specificare)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 Collaborazione con Enti e Associazioni per la definizione di una Rete della Prevenzione	
OS01IS01	Definizione di una Rete della Prevenzione
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	



OT03 Formazione degli operatori dello screening, operatori sanitari e del terzo settore	
OT03IT03	Formazione (A)
CICLO DI VITA	età adulta
SETTING	servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

Consolidamento del coordinamento multidisciplinare regionale di screening i cui obiettivi sono il monitoraggio, la garanzia di miglioramento continuo della qualità, la formazione specifica dei programmi di screening presenti sul territorio e l'adeguato conferimento dei dati per i debiti informativi nazionali (NSG, Adempimenti e Programmi Liberi del PNP)

In questo periodo sono venute meno alcune specificità nell'ambito del coordinamento regionale che, pur esistendo, ha avuto notevoli difficoltà a riunirsi e ad incontrarsi. Attualmente le attività del Coordinamento stanno tornando ad una relativa normalità e sarà cura del gruppo di lavoro avviare tutte le procedure indicate dall'ONS relativamente al recupero del ritardo come dettagliati nell'azione n. 5.9

PROGRAMMA	PL11
TITOLO AZIONE (2 di 8)	Utilizzo integrato del PACS fra le radiologie dei mammografi fissi degli ospedali e il mammografo mobile
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.4 Implementazione e miglior utilizzo di sistemi informativi (quantitativi e qualitativi) regionali
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS05 Garantire livelli di attività in grado di offrire lo screening del tumore della mammella, nelle modalità previste, a tutta la popolazione eleggibile del programma e promozione della partecipazione delle donne per una scelta informata e consapevole	
OS05IS12	INTEGRAZIONE DEL PACS DELLE RADIOLOGIE CON I MAMMOGRAFI FISSI DEGLI OSPEDALI ED IL MAMMOGRAFO MOBILE
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT02 Individuazione di Enti e Associazioni per la definizione di una Rete della Prevenzione.	
OT02IT07	Accordi intersettoriali
CICLO DI VITA	età adulta
SETTING	ambiente di lavoro;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

Da circa due anni nella regione Molise le radiologie degli ospedali sono state poste in rete mediante un sistema PACS/RIS consentendo un sistema di archiviazione e comunicazione delle immagini; grazie anche all'utilizzo in tutte le radiologie degli ospedali pubblici regionali e del mammografo della tecnologia digitale i server archiviano elettronicamente le immagini e i report durante l'esame di immagine medica consentendo così di poter visionare e refertare da parte dei radiologici attivi nell'ambito del percorso di screening, di poter



refertare da qualsiasi postazione favorendo la lettura in doppio cieco con eventuale arbitrato, evitando il trasporto di materiali, e con notevole risparmio di tempo complessivo per la refertazione e la produzione del dato quasi in tempo reale..

PROGRAMMA	PL11
TITOLO AZIONE (3 di 8)	Integrazione di interventi di promozione della salute nell'ambito dello screening oncologico (Integrazione con PP02)
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLA MODIFICA AMBIENTALE/ORGANIZZATIVA DI UN SETTING PER FAVORIRE L'ADOZIONE COMPETENTE E CONSAPEVOLE DI STILI DI VITA FAVOREVOLI ALLA SALUTE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	3.13 Altro (specificare)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 Collaborazione con Enti e Associazioni per la definizione di una Rete della Prevenzione	
OS01IS13	Integrazione di interventi di promozione della salute nello screening
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT05 Integrazione di interventi di promozione della salute e degli stili di vita nell'ambito degli screening oncologici	
OT05IT08	Accordi intersettoriali
CICLO DI VITA	età adulta
SETTING	comunità;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

E' noto da tempo quali possano essere le interconnessioni anche in termini etiologici fra tumori, ambiente e stili di vita (alimenti, attività fisica, tabagismo, uso di alcool ecc.).

La consapevolezza che situazioni quali l'inquinamento dell'aria, l'aumento dei gas serra, la deforestazione, e la contaminazione delle acque sono conseguenze dirette dell'impatto degli esseri umani sulla natura deve sèronarci ad utilizzare tutte le armi possibili per ridurre al minimo il nostro impatto sull'ambiente (uso di mezzi di locomozione, riscaldamento, riciclo dei materiali ecc). Oggi sempre più persone decidono di apportare cambiamenti al proprio stile di vita assumendo comportamenti in linea con le richieste ambientali; il consumo sostenibile implica, inoltre, l'utilizzo di beni e servizi che rispondono a bisogni primari e portano ad una migliore qualità della vita, senza compromettere i bisogni delle future generazioni.

PROGRAMMA	PL11
TITOLO AZIONE (4 di 8)	Definizione di una Rete della Prevenzione



CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI PROCESSI INTERSETTORIALI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	4.2 Sottoscrizione di accordi di collaborazione – protocolli d'intesa, convenzioni con stakeholder (es. Associazioni di categoria, di cittadini, di pazienti, di promozione sociale e sportiva, Società Scientifiche, ecc.)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 Collaborazione con Enti e Associazioni per la definizione di una Rete della Prevenzione	
OS01IS01	Definizione di una Rete della Prevenzione
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT02 Individuazione di Enti e Associazioni per la definizione di una Rete della Prevenzione.	
OT02IT05	Accordi intersettoriali (b)
OT03 Formazione degli operatori dello screening, operatori sanitari e del terzo settore	
OT03IT03	Formazione (A)
OT04 Promuovere campagne di informazione rivolte alla cittadinanza e agli operatori	
OT04IT06	Comunicazione e informazione
CICLO DI VITA	età adulta
SETTING	comunità;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria;comune, Municipalità

DESCRIZIONE

Nei primi anni di avvio del programma di screening regionale, era uso che i responsabili degli screening o loro collaboratori organizzassero incontri periodici sul territorio, in particolare in occasione della presenza del mammografo mobile, per discutere con la popolazione dei singoli paesi sulla necessità di partecipare ai programmi di screening.

Gli incontri venivano organizzati in luoghi di aggregazione (biblioteche, aule municipali, auditorium ecc.) in collaborazione con le istituzioni locali (MMG, comuni, Pro-loco, associazioni presenti sul territorio ecc.).

L'obiettivo che ci si prefigge è quello di ricostruire questo terreno di partecipazione, che in passato ha ben funzionato, per riaprire confronti e collaborazioni utilizzando quella fitta rete sociale, civile e istituzionale presente sul territorio.

Visto il grande successo di partecipazione avuto nello scorso mese di ottobre, dedicato alla prevenzione del tumore al seno, o quanto verificato nello scorso mese di novembre dedicato alla prevenzione della neoplasia della prostata nel sesso maschile, eventi organizzati in stretta sinergia fra i volontari della LILT a supporto delle iniziative, ASREM, Breast Unit, Screening mammella e UO di Urologia sull'intero territorio regionale, **riteniamo che l'obiettivo di costituire una Rete della Prevenzione**, in cui si possa formalizzare un'alleanza fra SSR, Piano degli Screening, Istituzioni come i Comuni e le associazioni che operano nel settore della prevenzione del cancro (LILT, Europa Donna, ecc.) con l'obiettivo di sensibilizzare i cittadini alla partecipazione agli screening, alla conoscenza delle modalità di prevenzione del cancro, alla diffusione della cultura delle raccomandazioni come quelle contenute nel Codice Europeo Contro il Cancro, **sia un obiettivo fattibile e raggiungibile** (sulla falsariga di quanto messo in atto dalla Rete Oncologica del Piemonte sin dal 2018), per cui riteniamo che gli accordi intersettoriali siano attuabili e che almeno 1 di questi (ad esempio con la LILT con cui si sta lavorando insieme proprio in questi mesi) possa essere concluso entro il 2022.



PROGRAMMA	PL11
TITOLO AZIONE (5 di 8)	Integrazione percorsi diagnostico-terapeutici integrati nel programma di screening regionale per neoplasia mammaria, per le donne ad alto rischio di cancro alla mammella per mutazioni genetiche BRCA1 e BRCA2.
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE AD AUMENTARE L'ACCESSIBILITÀ E L'APPROPRIATEZZA (EFFICACIA, SOSTENIBILITÀ, INTEGRAZIONE) DEI SERVIZI SOCIOSANITARI E L'ADESIONE A MISURE DI PREVENZIONE, IN RELAZIONE ALL'OFFERTA INDIVIDUALE (obesità, tabagismo, screening oncologici, percorso nascita, consultori, vaccinazioni, dipendenze, NPI, ecc.)
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	5.1 Istituzione/miglioramento/sviluppo di servizi di diagnosi precoce e chiamata attiva organizzata
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 Collaborazione con Enti e Associazioni per la definizione di una Rete della Prevenzione	
OS01IS13	Integrazione di interventi di promozione della salute nello screening
OS07 Estendere lo screening oncologico per il tumore della mammella dai 45 ai 74 anni di età	
OS07IS11	Estensione screening oncologico per il tumore della mammella dai 45 ai 74 anni
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT05 Integrazione di interventi di promozione della salute e degli stili di vita nell'ambito degli screening oncologici	
OT05IT08	Accordi intersettoriali
CICLO DI VITA	età adulta;terza età;età lavorativa
SETTING	servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

L'azione punta ad implementare percorsi diagnostico-terapeutici integrati con il programma di screening in essere, per le donne ad alto rischio di cancro alla mammella per mutazioni BRCA1 e BRCA2 secondo le modalità da LG.

Il percorso prevede il coinvolgimento della Breast Unit Molise, del GOM e dei centri oncologici di riferimento di Campobasso, Isernia e Termoli, nonché per tutte le donne seguite in altre istituzioni ed eleggibili alla valutazione.

Verrà definito il centro di riferimento a cui far afferire i casi per la gestione di queste donne.

Verranno definiti i percorsi di diagnostica oncologica, genetica e di supporto psicologico.

Sarà valutata l'opportunità di integrare i protocolli di sorveglianza previsti per le donne ad alto rischio nell'ambito del percorso di screening. Sulla base dell'analisi verranno definite le eventuali modifiche necessarie all'applicativo gestionale per garantire l'offerta degli esami di sorveglianza che dovranno eventualmente essere gestiti dal programma di screening



PROGRAMMA	PL11
TITOLO AZIONE (6 di 8)	INTEGRAZIONE LINKAGE ANAGRAFE REGIONALE VACCINAZIONE HPV E SCREENING CERVICE
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE AD AUMENTARE L'ACCESSIBILITÀ E L'APPROPRIATEZZA (EFFICACIA, SOSTENIBILITÀ, INTEGRAZIONE) DEI SERVIZI SOCIO SANITARI E L'ADESIONE A MISURE DI PREVENZIONE, IN RELAZIONE ALL'OFFERTA INDIVIDUALE (obesità, tabagismo, screening oncologici, percorso nascita, consultori, vaccinazioni, dipendenze, NPI, ecc.)
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	5.10 Implementazione e miglior utilizzo di sistemi informativi
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS04 Modulare lo screening cervicale in base alla storia di vaccinazione per HPV. Permettere la valutazione della vaccinazione sulla base dei risultati dello screening	
OS04IS06	Linkage anagrafe regionale vaccinazione HPV e screening cervice
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT02 Individuazione di Enti e Associazioni per la definizione di una Rete della Prevenzione.	
OT02IT05	Accordi intersettoriali (b)
CICLO DI VITA	adolescenza;età adulta
SETTING	servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

Modulare lo screening cervicale in base alla storia di vaccinazione per HPV.

Permettere la valutazione della vaccinazione sulla base dei risultati dello screening.

Tale azione si collega alle azioni del PL-12.

PROGRAMMA	PL11
TITOLO AZIONE (7 di 8)	Recupero del ritardo accumulato dagli screening per via della pandemia
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE AD AUMENTARE L'ACCESSIBILITÀ E L'APPROPRIATEZZA (EFFICACIA, SOSTENIBILITÀ, INTEGRAZIONE) DEI SERVIZI SOCIO SANITARI E L'ADESIONE A MISURE DI PREVENZIONE, IN RELAZIONE ALL'OFFERTA INDIVIDUALE (obesità, tabagismo, screening oncologici, percorso nascita, consultori, vaccinazioni, dipendenze, NPI, ecc.)
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	5.9 Predisposizione, adozione e diffusione di documenti tecnici/ di indirizzo metodologico, raccolte di "pratiche raccomandate", reportistica, ecc.
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS02 Garantire livelli di attività in grado di offrire lo screening della cervice uterina, nelle modalità previste, a tutta la popolazione eleggibile del programma e promozione della partecipazione delle donne	



per una scelta informata e consapevole	
OS02IS02	Copertura da esami screening cervice
OS02IS03	Copertura da inviti screening cervice
OS05 Garantire livelli di attività in grado di offrire lo screening del tumore della mammella, nelle modalità previste, a tutta la popolazione eleggibile del programma e promozione della partecipazione delle donne per una scelta informata e consapevole	
OS05IS07	Copertura da inviti screening mammella
OS05IS08	Copertura da esami screening mammella
OS06 Garantire livelli di attività in grado di offrire lo screening del tumore del colon-retto, nelle modalità previste, a tutta la popolazione eleggibile del programma e promozione della partecipazione degli uomini e delle donne, per una scelta informata e consapevole	
OS06IS09	Copertura da inviti screening colon-retto
OS06IS10	Copertura da esami screening colon-retto
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT02 Individuazione di Enti e Associazioni per la definizione di una Rete della Prevenzione.	
OT02IT05	Accordi intersettoriali (b)
CICLO DI VITA	età adulta;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

Al momento, tutti gli screening hanno ripreso una normale attività con un incremento delle attività chirurgiche (non sono ancora disponibili i dati per nessuno dei due indicatori ovvero n. inviti ed adesione agli screening e incremento dei volumi di attività chirurgica).

Problematiche più importanti riguardano lo screening del colon-retto che si trovava a fine 2019 in un momento di transizione avendo modificato il modello di gestione del FOBT poiché si stava transitando dalla spedizione a domicilio della provetta per il test alla distribuzione nelle farmacie territoriali grazie ad un accordo con Federfarma, in scadenza al 31 dicembre 2021 in via di rinnovo.

Sicuramente sarà opportuno sostenere una nuova campagna pubblicitaria per rilanciare la modalità in un momento dove nelle farmacie ci sono ancora problemi legati alla esecuzione dei test diagnostici COVID e le vaccinazioni.

Nell'ambito del Coordinamento multidisciplinare di screening sarà necessario definire un percorso che tenga conto di quanto raccomandato da ONS che consideri una:

- adeguata strategia di comunicazione (manifesti, comunicati stampa anche ripetuti nel tempo, lettere ecc.) per informare delle motivazioni dell'interruzione, come, quando e con quali garanzie di rispetto dei criteri di sicurezza per operatori e invitate/i, relativamente alle problematiche COVID-19, è possibile attivare
- valutazione del rischio per gli operatori sanitari coinvolti e le persone invitate (Triage pre-esame)
- Gestione del distanziamento fisico, utilizzo dei DPI (per sanitari e invitate/i, procedure di sanificazione)
- attenzione alle misure di prevenzione (triage, controllo del green pass, tamponi, sanificazione ecc.) per invitate/i
- Ripartenza con il primo livello di screening, incrementando gli inviti mensilmente, in funzione delle condizioni epidemiologiche della infezione da Coronavirus, ed evitando l'overbooking degli inviti
- Valutazione delle priorità ricontattando le persone che avevano già ricevuto l'invito ma il cui esame era stato sospeso per la pandemia

- g. Privilegiare le persone che avevano eseguito un test da più tempo

Per i soggetti positivi ai test pianificare delle corsie preferenziali per le attività ambulatoriali o per altre prestazioni per ottemperare ai requisiti di appropriatezza

Questa azione sarà realizzata in collegamento con il PL-12 nell'ambito nell'ambito di supporto agli screening nell'ambito dei consultori.

AZIONE EQUITY

PROGRAMMA	PL11
TITOLO AZIONE (8 di 8)	Reintegro nel percorso dello screening della mammella delle radiologie ospedaliere con l'utilizzo del mammografo mobile sul territorio.
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE AD AUMENTARE L'ACCESSIBILITÀ E L'APPROPRIATEZZA (EFFICACIA, SOSTENIBILITÀ, INTEGRAZIONE) DEI SERVIZI SOCIOSANITARI E L'ADESIONE A MISURE DI PREVENZIONE, IN RELAZIONE ALL'OFFERTA INDIVIDUALE (obesità, tabagismo, screening oncologici, percorso nascita, consultori, vaccinazioni, dipendenze, NPI, ecc.)
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	5.1 Istituzione/miglioramento/sviluppo di servizi di diagnosi precoce e chiamata attiva organizzata
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS05 Garantire livelli di attività in grado di offrire lo screening del tumore della mammella, nelle modalità previste, a tutta la popolazione eleggibile del programma e promozione della partecipazione delle donne per una scelta informata e consapevole	
OS05IS12	INTEGRAZIONE DEL PACS DELLE RADIOLOGIE CON I MAMMOGRAFI FISSI DEGLI OSPEDALI ED IL MAMMOGRAFO MOBILE
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT01 Orientare gli interventi a criteri di equità; aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative	
OT01IT01	Lenti di equità
CICLO DI VITA	età adulta
SETTING	servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

In tutti i contesti regionali, di norma, le radiologie ospedaliere costituiscono gli HUB di riferimento nel percorso di screening, poichè, di norma gli ospedali sono allocati nelle aree a maggiore densità di popolazione, di per se favorendo la partecipazione delle donne in target.

Negli ultimi due anni, anche per effetto della pandemia che ha provocato una riduzione di ricoveri per il carcinoma mammario, è stato anche più problematico l'accesso alle strutture ospedaliere come le radiologie determinando anche una riduzione delle attività di screening. Per questo, come indicato anche dal Piano Nazionale Esiti, presentato da AGENS, le donne risultano essere svantaggiate nell'accesso alle cure rispetto agli uomini.



L'utilizzo del mammografo mobile, soprattutto in un contesto come quello molisano, già dettagliato nel profilo di salute e di equity con dati di popolazione generale è su base ISTAT mentre i dati della popolazione target sono desunti dall'anagrafica sanitaria regionale, il contesto è caratterizzato:

- da una grande dispersione della popolazione su un vasto territorio;
- servito da un sistema di viabilità e di mobilità vetusto, non più adatto ai tempi, spesso dissestato e pericoloso;
- da una popolazione sempre più vecchia
- con presenza di pluripatologie;
- con grado d'istruzione medio-basso;

ha un importantissimo ruolo di supporto, avvicinando le popolazioni, soprattutto quelle più anziane e di genere femminile, allo screening favorendone la partecipazione.

MONITORAGGIO DELL'AZIONE EQUITY-ORIENTED

OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Aumentare l'adesione allo screening della mammella
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	Le azioni mirano alla ristrutturazione del percorso di screening della mammella coinvolgendo le radiologie degli ospedali ed integrandone l'attività con quella del mammografo mobile sul territorio.
ATTORI COINVOLTI	Regione Molise, ASREM, Ospedali, Associazioni del terzo settore ecc..
INDICATORE	Copertura screening mammella <ul style="list-style-type: none"> • Formula: $N^{\circ} \text{ adesioni per anno} / (N^{\circ} \text{ donne target invitate}) * 100$ • Standard Aumento dell'adesione allo screening mammografico • Fonte ASREM
OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Aumentare l'adesione allo screening della mammella
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	Le azioni mirano alla ristrutturazione del percorso di screening della mammella coinvolgendo le radiologie degli ospedali ed integrandone l'attività con quella del mammografo mobile sul territorio.
ATTORI COINVOLTI	Regione Molise, ASREM, Ospedali, Associazioni del terzo settore ecc..
INDICATORE	Reintegrazione delle radiologie degli ospedali con il mammografo mobile <ul style="list-style-type: none"> • Formula: $N^{\circ} \text{ di radiologie ospedaliere integrate} / (N^{\circ} \text{ radiologie ospedaliere totali}) * 100$ • Standard Reintegro delle mammografie ospedaliere con il mammografo



mobile

- FonteASREM



4.2 PL12 Primi 1000 giorni

4.2.1 Quadro logico regionale

CODICE	PL12
REFERENTI DEL PROGRAMMA	molise regione
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	MO1 Malattie croniche non trasmissibili
MACRO OBIETTIVO TRASVERSALE DI RIFERIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> - MO1 Malattie croniche non trasmissibili - MO2 Dipendenze da sostanze e comportamenti - MO6 Malattie infettive prioritarie
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	<ul style="list-style-type: none"> - MO1-02 Promuovere la salute riproduttiva e pre-concezionale della donna, della coppia, dei genitori - MO1-04 Promuovere interventi volti a favorire l'allattamento al seno - MO1-05 Individuare precocemente le difficoltà dello sviluppo del bambino da 0 a 36 mesi - MO1-06 Individuare precocemente i segnali a rischio per disagio infantile - MO2-02 Aumentare la percezione del rischio e l'empowerment degli individui - MO6-05 Aumentare la copertura vaccinale e l'adesione consapevole nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, popolazioni difficili da raggiungere, migranti, gruppi a rischio per patologie) - MO6-22 Adesione alle Linee Guida e alla normativa vigente per l'attuazione dello screening per HIV, per le altre malattie a trasmissione sessuale (HBV, Sifilide, HCV) e del complesso Torch all'inizio della gravidanza - MO6-23 PrEP - concepire e realizzare protocolli dedicati seguendo le Linee Guida vigenti, su popolazioni adeguatamente selezionate
LINEE STRATEGICHE DI INTERVENTO	<ul style="list-style-type: none"> - MO1LSa Sviluppo di programmi di promozione della salute riproduttiva e pre-concezionale e di prevenzione nei primi 1000 giorni, al fine di garantire le migliori condizioni di "partenza" ai nuovi nati - MO1LSb Attivazione di percorsi di promozione della salute e sani stili di vita familiari per genitori di bambini 0-36 mesi - MO2LSb Sviluppo di programmi intersettoriali per accrescere le capacità personali in termini di autostima, auto efficacia e resilienza degli individui, nei contesti di vita e di lavoro, con particolare attenzione ai gruppi vulnerabili - MO6LSv Promozione dei protocolli gestionali multidisciplinari



	specifici attraverso gli strumenti e i canali ritenuti idonei - MO6LSc Promozione della immunizzazione attiva - MO6LSw Interventi farmacologici: strategie di prevenzione basate sull'uso dei farmaci antiretrovirali (PrEP, PEP, TasP, terapia per prevenire la trasmissione materno-fetale)
LEA	- A03 Vaccinazioni - F04 Prevenzione e contrasto del tabagismo, del consumo a rischio di alcol - F07 Promozione, protezione e sostegno dell'allattamento al seno e di una corretta alimentazione complementare - Art. 24 Assistenza sociosanitaria ai minori, alle donne, alle coppie, alle famiglie

4.2.2 Sintesi del Profilo di salute ed equità ed Analisi di contesto

In letteratura, è ormai ampiamente dimostrato che le disuguaglianze nella salute possono caratterizzare la storia di ogni individuo sin dalle fasi più precoci della vita. È nota l'esistenza di una relazione tra lo stato di salute in età infantile e quello in età adulta, relazione che spesso consente agli svantaggi di salute sofferti nelle prime fasi della vita di conservarsi, o addirittura amplificarsi, nel corso dell'esistenza, secondo diversi modelli concettuali di spiegazione dei meccanismi.

La ricerca scientifica ha gradualmente messo in luce come lo stato di salute e lo sviluppo delle potenzialità di bambine e bambini non sia solo frutto del patrimonio genetico ereditato dai genitori: un ruolo importante spetta anche ai comportamenti adottati nel periodo immediatamente precedente il concepimento e fino ai 2 anni di vita dei piccoli; un periodo che copre approssimativamente mille giorni.

La promozione di fattori protettivi influenza positivamente la salute e, pur non potendo spesso eliminare le disuguaglianze sociali, rappresenta un fattore strategico della lotta alle disuguaglianze di salute con ripercussioni su tutto l'arco della vita.

La stima dei rendimenti di interventi nei primi 1000 giorni dimostra come gli investimenti in salute, educazione e protezione sociale producono un ritorno economico ampiamente superiore a quello prodotto da interventi effettuati nelle età successive.

Il governo regionale dei servizi consultoriali

Fino al 2019 la Regione Molise manca delle principali attività di governo dei servizi consultoriali censite dall'**indagine nazionale 2018-19 sui Consultori Familiari dell'ISS**: non dispone di un documento scritto su obiettivi e funzioni né di linee guida relative alle attività dei CF; non viene effettuata una programmazione periodica delle attività dei servizi consultoriali con obiettivi definiti e misurabili, non è stato attivato un flusso informativo dedicato ai CF e non viene redatta periodicamente una relazione consuntiva sulle attività dei CF. Tuttavia, una parziale attività di programmazione e valutazione è stata riportata a livello di Distretto. Inoltre, a livello regionale non è stata riportata alcuna attività formalizzata di integrazione con gli altri servizi sociosanitari mentre sono presenti atti formali di integrazione con la scuola. Nella Regione sono stati istituiti i Comitati percorso nascita aziendali in cui è prevista la presenza di un responsabile/coordinatore dei CF.

Assetto organizzativo dei consultori sul territorio

Nella Regione Molise vi è un'unica Azienda sanitaria regionale (ASReM) articolata in 3 Distretti socio-sanitari, a livello dei quali si realizzano l'integrazione delle attività sanitarie e sociali e il coordinamento tra l'ospedale e il territorio. I CF sono incardinati nel Distretto socio-sanitario. In ciascun Distretto sono presenti un CF principale e una sede secondaria. Ai fini della partecipazione all'indagine il massimo livello di coordinamento dei servizi consultoriali a valle di quello regionale è stato identificato nel Distretto socio-sanitario. In ciascun Distretto è stata creata una Unità operativa (UO) consultoriale semplice, mentre non esistono UO complesse.

Diffusione dei CF sul territorio

La diffusione delle sedi consultoriali in Molise, pari a una sede di CF ogni 66.329 residenti, è la più bassa nel contesto nazionale, molto lontana dal gold standard di un consultorio ogni 20.000 residenti (Figura 1).

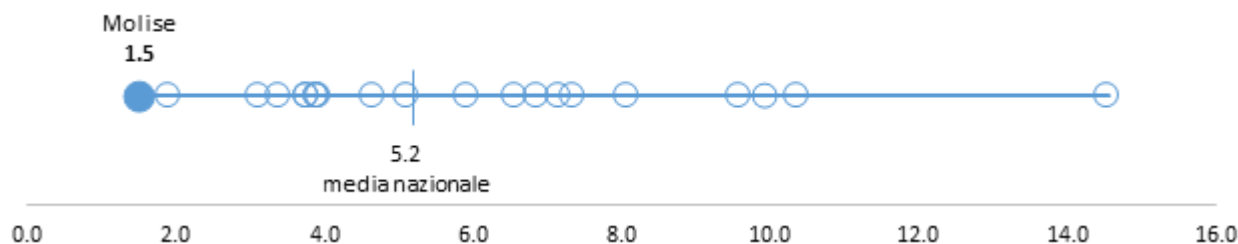
Figura 1. Numero medio di residenti per sede consultoriale



Capacità attrattiva dei CF rispetto alla popolazione residente

La capacità attrattiva dei CF in Molise (1,5%) è inferiore a un terzo della media nazionale ed è la più bassa registrata a livello nazionale (Figura 2).

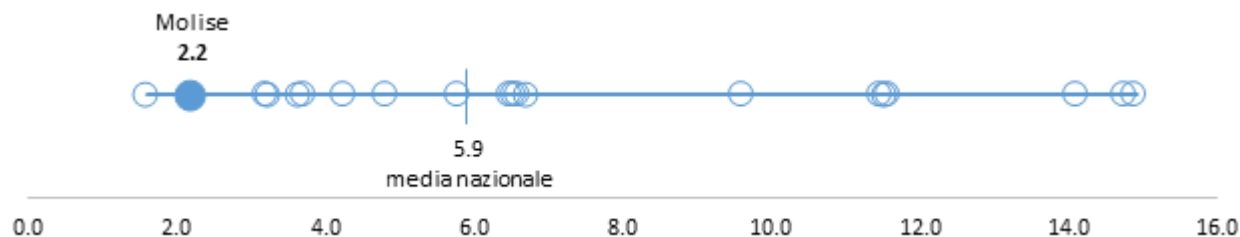
Figura 2. Numero medio di utenti dei CF per 100 residenti



Capacità attrattiva dei CF rispetto agli adolescenti/giovani

La capacità attrattiva dei CF rispetto agli adolescenti e ai giovani di 14-19 anni del Molise è inferiore alla media nazionale ed è poco più di un quinto del valore di riferimento registrato nelle 6 realtà (5 Regioni e 1 PA) con la capacità attrattiva più elevata (>10%) (Figura 3). Va tuttavia precisato che gli utenti giovani registrati sono quelli che hanno ricevuto consulenza individuale, mentre sono esclusi i giovani raggiunti da interventi di promozione della salute rivolti a gruppi realizzati dai servizi consultoriali nelle scuole.

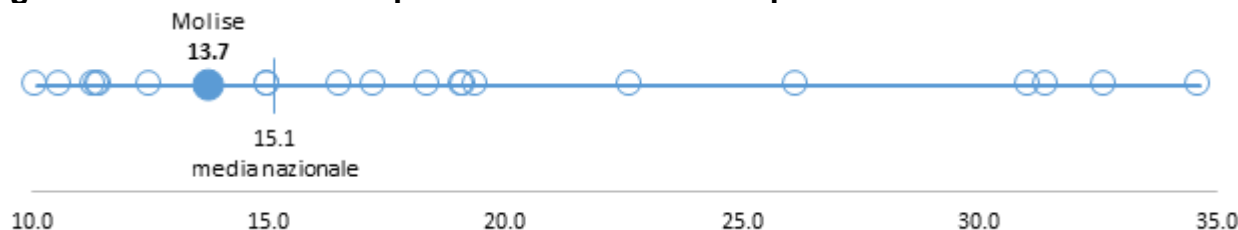
Figura 3. Numero medio di utenti giovani dei CF per 100 residenti di 14-19 anni



Volume di attività dei CF

In Molise il numero medio di prestazioni consultoriali erogate dai CF (13,7) è in linea con la media nazionale (Figura 4). Questo indicatore permette di tratteggiare un profilo del volume di attività dei CF in ambito nazionale ma va ricordato che parte della variabilità riscontrata è dovuta alla diversa modalità di registrazione delle prestazioni erogate e alle diverse piattaforme utilizzate per la registrazione delle attività, in particolare quelle relative a singoli utenti o a gruppi di utenti nonché al diverso criterio adottato nel registrare le attività dirette e quelle indirette, segnalata a volte anche nell'ambito della stessa Regione.

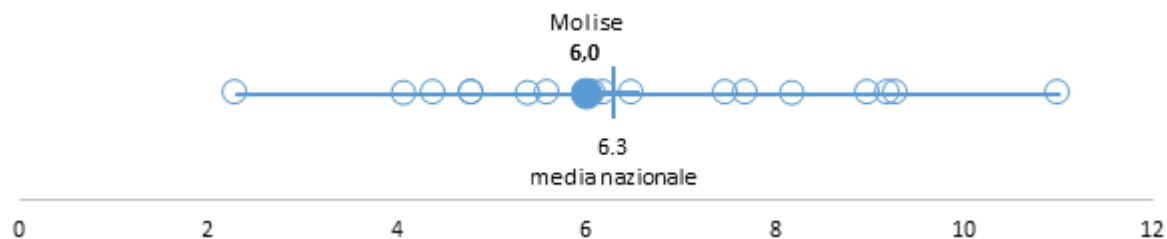
Figura 4. Numero medio di prestazioni consultoriali per 100 residenti



Integrazione dei CF con il territorio

Il numero medio di atti formali di collaborazione con gli altri servizi sanitari aziendali, con i servizi sociali, con la scuola e il terzo settore per Distretto (6,0) colloca i CF del Molise in linea con il valore medio nazionale (Figura 5). Il numero di atti di collaborazione stipulati dai 2 Distretti partecipanti varia da 3 a 9. I servizi con i quali entrambi i Distretti hanno stipulato accordi sono i servizi sociali, l'autorità giudiziaria e la scuola.

Figura 5. Numero medio di atti formali di collaborazione tra servizi consultoriali e altri servizi sanitari, sociali, educativi e con il terzo settore per Azienda sanitaria o Distretto

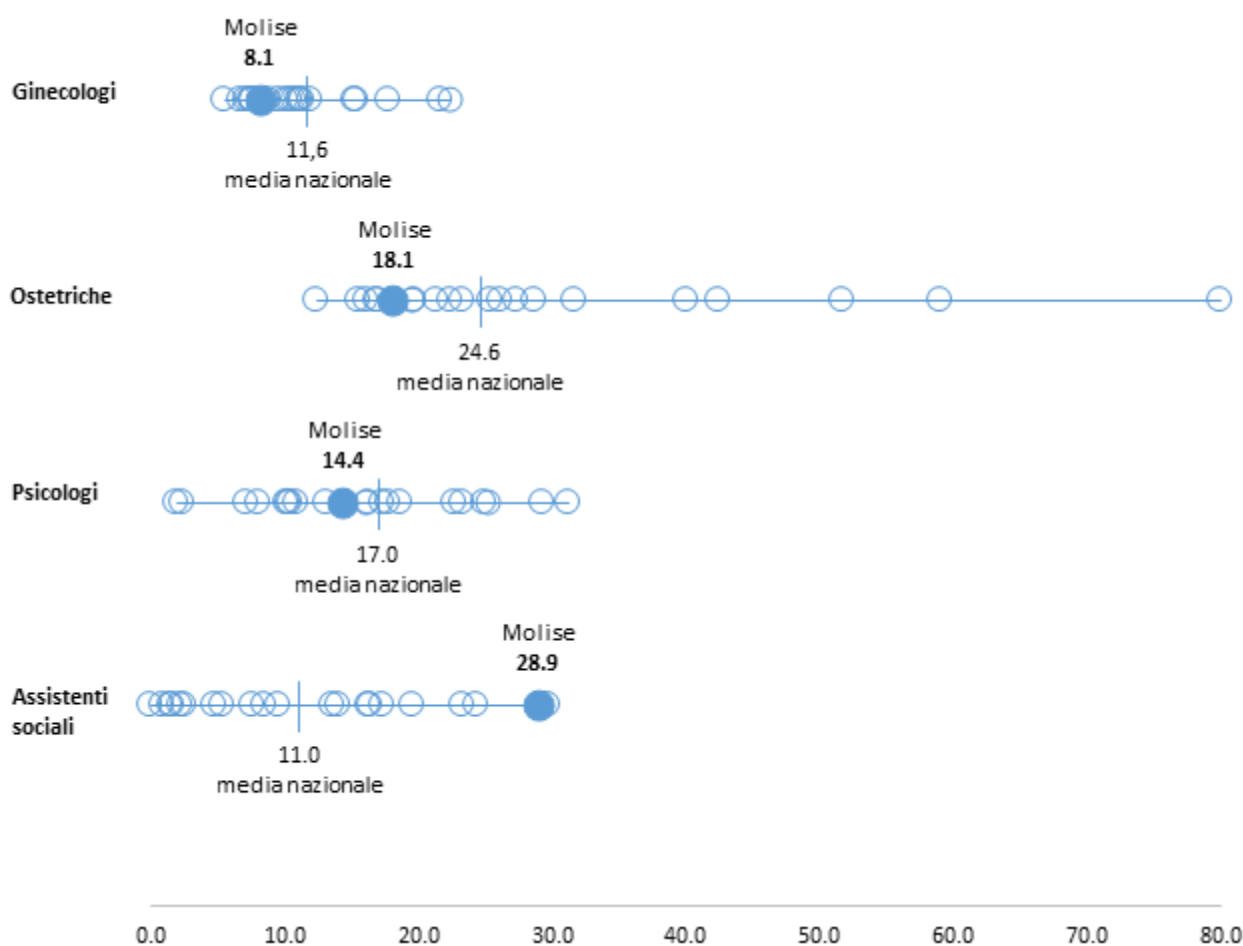


Disponibilità di personale nei CF

Per quanto riguarda la disponibilità delle varie figure professionali dell'équipe rapportate a 20.000 residenti, sia la disponibilità della figura professionale del ginecologo (8,1 ore) che dell'ostetrica (18,1 ore) sono al di sotto alle rispettive medie nazionali e molto al di sotto dei rispettivi standard di riferimento di 18 e 36 ore (Figura 6). Anche la disponibilità della figura professionale dello psicologo (14,4 ore) è al di sotto della media nazionale e del valore di riferimento di 18 ore. La disponibilità della figura professionale dell'assistente sociale (28,9 ore), seppure al di sotto dello standard di riferimento di 36 ore, è nettamente superiore alla media nazionale collocando il Molise tra le 2 Regioni con i valori più elevati relativamente a questo parametro.

A livello di Distretto si nota come a fronte di un numero sovrapponibile di ore complessive di disponibilità di personale, la composizione delle équipe è diversa; dopo l'assistente sociale, la figura con maggiore disponibilità in entrambi i Distretti, la seconda figura più rappresentata nel Distretto 1 è quella dell'ostetrica mentre nel Distretto 3 è quella dello psicologo, con un numero di ore superiore al gold standard di 18 ore.

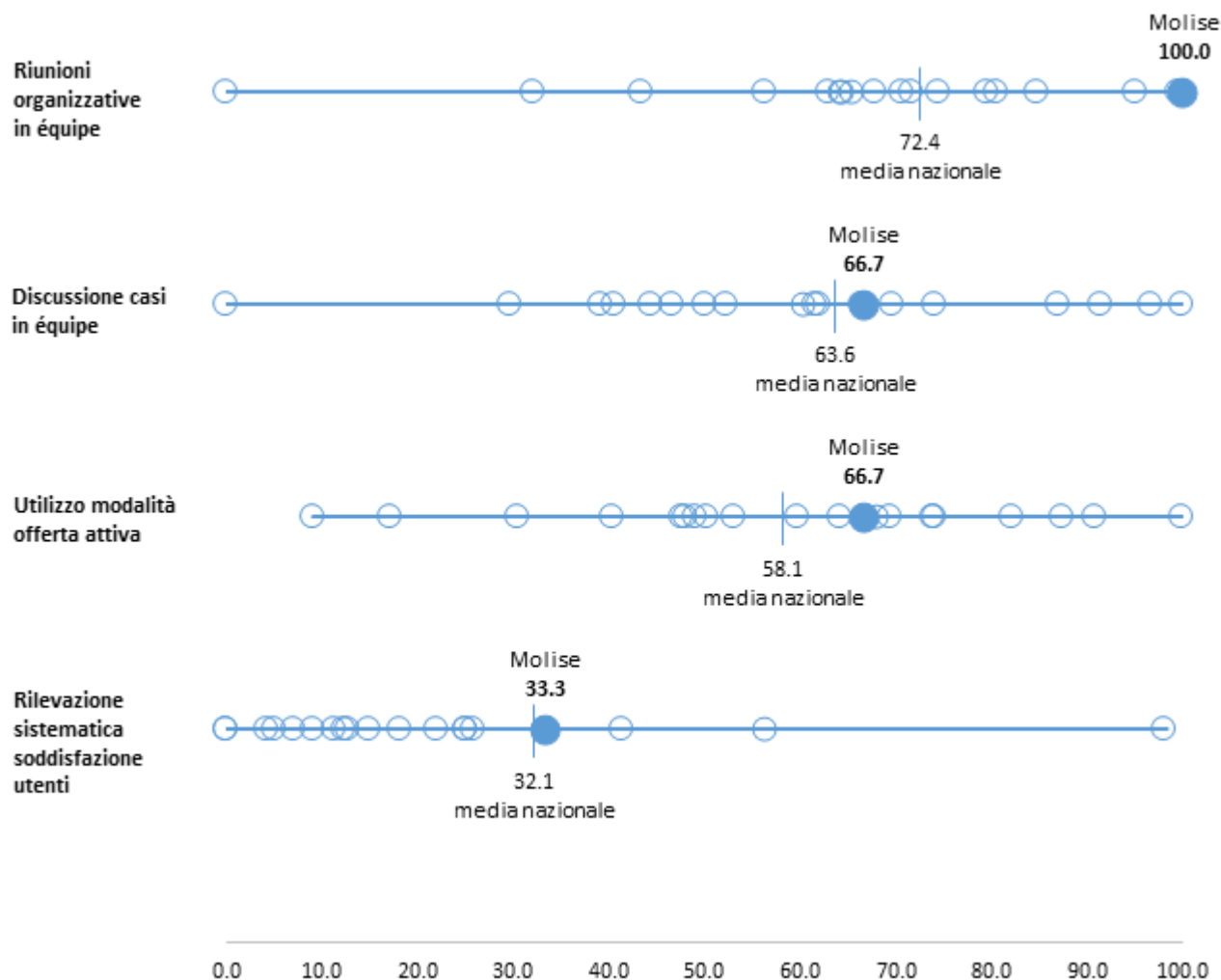
Figura 6. Numero medio di ore di lavoro settimanale delle figure professionali dell'équipe consultoriale per 20.000 residenti



La stima del presente indicatore è relativa a 3 sedi di CF di cui 1 del Distretto di Isernia e 2 del Distretto di Termoli. Rispetto alla modalità di lavoro multidisciplinare a livello di singola sede, i 3 CF partecipanti effettuano regolarmente riunioni organizzative con tutte le figure professionali (100%) (Figura 7). Due CF su 3 (66,7%) effettuano discussione di casi clinici allargata a tutte le figure e utilizzano la modalità dell'offerta attiva.

Un solo CF (33,3%) rileva sistematicamente la soddisfazione degli utenti.

Figura 7. Percentuale di CF che utilizzano approccio multidisciplinare, offerta attiva, rilevazione della soddisfazione degli utenti



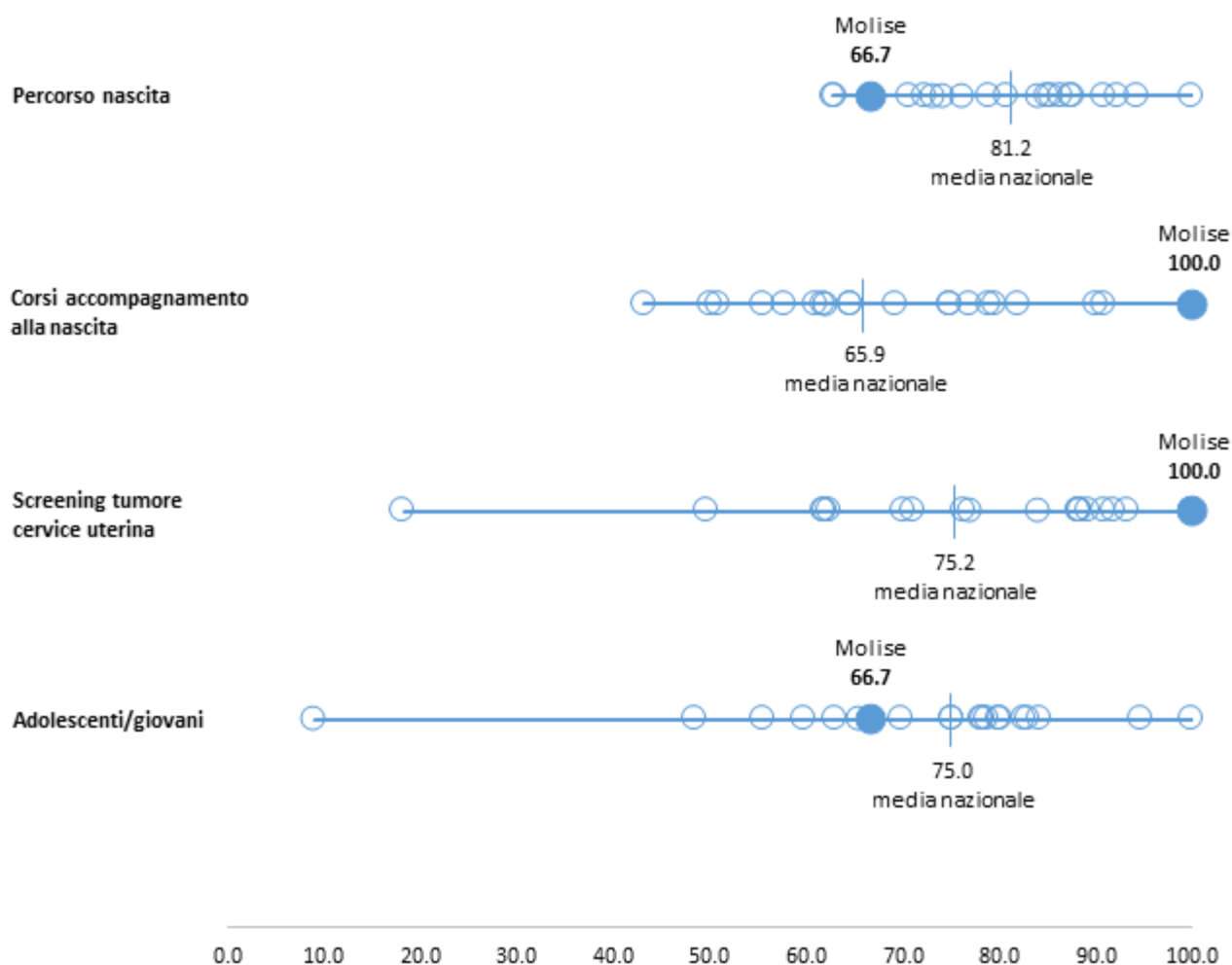
Offerta di attività strategiche nei CF

La stima del presente indicatore è relativa a 3 sedi di CF di cui 1 del Distretto di Isernia e 2 del Distretto di Termoli. Relativamente alle attività nell'ambito dei programmi strategici indicati dal POMI, i CF partecipanti all'indagine offrono incontri/corsi di accompagnamento alla nascita (CAN) e programmi organizzati di screening del tumore della cervice uterina (1 come centro di riferimento aziendale [CRA]) (Figura 8). Mediamente in Molise nel 2017 in ciascuno dei 3 CF sono stati organizzati 10 CAN (media nazionale 8 corsi per sede) con un totale di 66 partecipanti (media nazionale 89 partecipanti per sede). Relativamente allo screening organizzato del tumore della

cervice uterina, l'offerta registrata nei CF partecipanti all'indagine non trova corrispondenza nell'adesione da parte delle donne tra i 24 e i 64 anni alle quali esso è rivolto. Il Molise secondo i dati PASSI 2016-2019 risulta essere tra le Regioni con l'adesione più bassa al programma di screening cervicale nel panorama nazionale. Infatti solo il 26,4% delle donne aderisce allo screening organizzato, a fronte di una media nazionale pari al 48,7% ([Passi](#), Epicentro).

Due CF su 3 offrono attività sul percorso nascita seguendo tutta la gravidanza, hanno attivato spazi giovani e effettuano interventi di promozione della salute nelle scuole. Un consultorio offre tali attività come CRA.

Figura 8. Percentuale di CF che effettuano attività relative a percorso nascita, corsi di accompagnamento alla nascita, screening del tumore della cervice uterina, adolescenti/giovani



La priorità sarà quella di implementare l'offerta delle attività dei CF come una prima valida risposta per facilitare l'accesso alle cure alle donne socio-economicamente svantaggiate. Saranno implementati incontri/corsi di accompagnamento alla nascita (CAN) e azioni per aumentare l'adesione ai programmi organizzati di screening del tumore della cervice uterina in linea con il PL 11. Si prevede di attivare percorsi/nascita seguendo tutta la gravidanza, comprendendo anche la diagnosi prenatale delle malattie genetiche; saranno attivati spazi/



giovani e si effettueranno interventi di promozione della salute nelle scuole in sinergia con il PP01.

Tali servizi si caratterizzano l'offerta di consultori familiari culturalmente competenti e accettati favorendo l'accesso e la qualità delle prestazioni durante la gravidanza e non solo. Inoltre, i Consultori, secondo l'Istituto Superiore di Sanità, costituiscono servizi improntati a un modello di salute innovativo e hanno dimostrato una capacità di rapido adattamento all'emergenza pandemica per rispondere ai bisogni delle famiglie e ai cambiamenti legati al COVID-19.

È stata effettuata un'analisi dei CedAP compilati dal 2016 al 2019 nella regione Molise finalizzata a valutare l'impatto sul Percorso Nascita regionale di alcuni determinanti sociali (istruzione, condizione sociale, cittadinanza) tentando di individuare l'adesione all'offerta da parte di sottogruppi di donne/coppie potenzialmente a rischio di assistenza non adeguata. Le caratteristiche sociodemografiche della donna, sono l'età, il livello di istruzione, la condizione professionale e la cittadinanza. Il livello di istruzione medio-basso è un importante indicatore del disagio sociale e culturale della famiglia e risulta, già da tempo, significativamente associato sia ad un utilizzo non ottimale dei servizi prenatali sia a peggiori esiti perinatali.

Punti Nascita (PN): risultano, 3 PN: Campobasso Ospedale punto di riferimento regionale, Isernia e Termoli, altri 3 PN (Agnone, Venafro e Larino) sono stati chiusi prima del 2014.

Nel corso del 2019 in Molise prosegue il **calo delle nascite** come in tutte le aree del Paese. Il fenomeno è in larga misura l'effetto della modificazione della struttura per età della popolazione femminile ed in parte dipende dalla diminuzione della propensione ad avere figli. Le cittadine straniere hanno finora compensato questo squilibrio strutturale; negli ultimi anni si nota, tuttavia, una diminuzione della fecondità delle donne straniere. Il tasso di natalità del 6,3%, presenta valori inferiori alla media nazionale.

Anche la **fecondità** mantiene l'andamento decrescente degli anni precedenti: nel 2019 le regioni in assoluto meno prolifiche sono la Sardegna e il Molise.

Il **tasso di mortalità neonatale** del 5,28% rappresenta la mortalità entro il primo mese di vita e contribuisce per oltre il 70% alla mortalità infantile.

I decessi nel primo mese di vita sono dovuti principalmente a cause cosiddette endogene, legate alle condizioni della gravidanza e del parto o a malformazioni congenite del bambino.

La mortalità nel periodo post neonatale è invece generalmente dovuta a fattori di tipo esogeno legati alla qualità dell'ambiente igienico, sociale ed economico in cui vivono la madre e il bambino. Il tasso di **mortalità infantile**, che misura la mortalità nel primo anno di vita, è pari su tutto il territorio italiano nel 2018 a 2,88 bambini ogni mille nati vivi, negli ultimi 10 anni tale tasso ha continuato a diminuire anche in Molise grazie anche alla presenza in Regione Molise delle unità di Servizio Trasporto Assistito Materno (STAM) e Servizio Trasporto Emergenze Neonatali (STEN), garantite 24/24 ore.

Per quanto riguarda l'**età**, i dati 2019 indicano per le italiane una percentuale del 63,5% dei parti nella classe di età tra 30-39 anni. In Molise nella classe 30-39 del 58,52%, per l'età compresa tra 20 e 29 anni il 28,80%, l'1,43% meno di 20aa., l'11,30 più di 40aa.

L'età media della madre è di 33 anni per le italiane mentre scende a 30,7 anni per le cittadine straniere. I valori mediani sono invece di 33,6 anni per le italiane e 31anni per le straniere. L'età media al primo figlio è per le donne italiane, quasi in tutte le Regioni, superiore a 31 anni, in Molise 32 aa.

A livello nazionale, ogni donna che ha partorito nel 2019 ha avuto 0,24 **aborti** in concepimenti precedenti. In Molise 0,17 ha avuto aborti in concepimenti precedenti, l'81,38% dei casi non ha



mai avuto in precedenza aborti spontanei, il 11,42% ha avuto 1 o 2 aborti spontanei e l'1,6% più di 2 aborti spontanei.

Per quanto riguarda le **visite di controllo in gravidanza**, a livello nazionale, escludendo le schede con codifica errata o non presente, nell' 89,4% delle gravidanze sono state effettuate più di 4 visite, in Molise il 93,9%, mentre la percentuale di gravidanze in cui non è stata effettuata alcuna visita è dello 0,8%. Il timing della prima visita rappresenta un indicatore utilizzato in sede internazionale (indicatori PERISTAT) e in ambito nazionale (indicatori dell'Addendum alla cosiddetta Griglia LEA) per la valutazione dell'accesso alle cure prenatali. Analizzando la percentuale di gravidanze in cui viene effettuata la prima visita dopo l'11° settimana di gestazione si evidenziano alcune correlazioni significative con le caratteristiche socio-demografiche delle madri, quali: la cittadinanza, il titolo di studio e l'età. Le donne con cittadinanza straniera non si sottopongono ad alcun controllo nell' 1,3% dei casi, rispetto ad una percentuale dello 0,8% per le donne italiane, e si sottopongono alla prima visita di controllo dopo l'undicesima settimana di gestazione nell'11,0% dei casi, rispetto al 2,2% delle donne italiane. Le donne con scolarità medio-bassa effettuano la prima visita più tardivamente: la percentuale di donne con titolo di studio elementare o senza nessun titolo che effettuano la prima visita dopo l'11° settimana di gestazione è pari all'11,5% mentre per le donne con scolarità alta, la percentuale è del 2,2%. Anche la giovane età delle madri al di sotto dei 20 anni, risulta associata ad un maggior rischio di controlli assenti (3,4%) o tardivi (1° visita effettuata oltre l'undicesima settimana di gestazione nel 14,4% dei casi). Non si evidenziano variazioni significative in relazione allo stato civile della madre.

Per quanto concerne le **ecografie**, nel 2019 a livello nazionale, sono state effettuate in media 5,3 ecografie per ogni parto, in Molise 6,1 con valori variabili per epoca gestionale, in Molise: tra 1-3 mesi il 6,6%; tra 4-6 mesi il 47%; tra 7 mesi e più il 45,7%. Per il 71,0% delle gravidanze, si registra un numero di ecografie superiore a 3, valore raccomandato dai protocolli di assistenza alla gravidanza del Ministero della Salute. I dati rilevati evidenziano ancora il fenomeno dell'eccessiva medicalizzazione e del sovra-utilizzo di prestazioni diagnostiche in gravidanza.

Nell'ambito delle tecniche diagnostiche prenatali invasive, in Molise l'**amniocentesi** è quella più usata 4,3% seguita dall'esame dei villi coriali nel 0,4% delle gravidanze e dalla funicolocentesi nello 0,1%. L'utilizzo dell'amniocentesi è diversificato a livello regionale, nelle regioni meridionali si registra una percentuale al di sotto dell'6%. A livello nazionale alle madri con più di 40 anni il prelievo è stato effettuato nel 12,02% dei parti denotando un trend decrescente nell'ultimo triennio. Il rischio di difetti congeniti nella popolazione generale si aggira tra il 3 ed il 5%. Di questi lo 0,9-1,5% sono genetici, causati da alterazioni cromosomiche. Pertanto su una popolazione di circa 2000 nuovi nati per anno, quale quella molisana, la prevalenza per anno sarà di circa 20-30 nuovi casi. Mettere tutta la platea di donne gravide in condizione di poter effettuare l' esame precoce del DNA fetale circolante, oggi gestito unicamente in costoso regime privatistico, rimuoverebbe una grave fattore di discriminazione sociale e consentirebbe una gestione sanitaria più efficace della malattia cromosomica nei nuovi nati.

Con estrema urgenza andrebbe creata l'**Agenda della gravidanza** un documento che fornisce a tutte le donne le informazioni sul Percorso Nascita regionale, il diario clinico che realizzi il collegamento tra i diversi professionisti che seguono la gravidanza, il parto, il puerperio e il neonato, e le impegnative per accedere agli esami previsti nel monitoraggio della gravidanza fisiologica. Costituisce uno strumento di prevenzione ottimale in quanto raggiunge tutte le donne in gravidanza presenti sul territorio regionale e veicola informazioni scientificamente corrette per la salute nei primi 1000 giorni.

Sono state documentate importanti correlazioni positive tra partecipazione agli **incontri di accompagnamento alla nascita** ed indicatori di esito quali minore ricorso al taglio cesareo,



accettazione di una visita domiciliare, conoscenza dei metodi di procreazione responsabile, allattamento al seno. La frequenza dei CAN è aumentata a dismisura presso il Consultorio Familiare di Campobasso dal 2020 ad oggi. I corsi si sono tenuti in remoto durante la fase lockdown e nelle fasi successive ripresi in presenza.

Confermando la tendenza degli anni precedenti, nell'anno 2019 il 63,06% degli **eventi parto** avviene in modo spontaneo, il 31,78% con taglio cesareo. Nei punti nascita con meno di 800 parti annui, l'incidenza di parti cesarei è significativamente maggiore di quella che si osserva mediamente a livello nazionale (31,72%): nelle strutture dove hanno appena sfiorato i 500 parti annui come l'ospedale di Isernia, si ricorre al taglio cesareo nel 33,78% dei casi; in quelle dove hanno luogo fra 500 e 800 parti annui nel 33,96% dei casi. Dal mese di Settembre 2021 hanno finalmente preso inizio le Procedure di controllo del dolore nel corso del travaglio e del parto con la Parto Analgesia (LEA), ospedale pilota Campobasso.

Confermando la tendenza degli anni precedenti, nell'anno 2019 il 31,8% dei parti è avvenuto con **taglio cesareo**, con notevoli differenze regionali che comunque evidenziano che in Italia vi è un ricorso eccessivo al TC. I dati denotano comunque una tendenza alla diminuzione in linea con le indicazioni delle "Linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo". Come raccomandato da un recente statement dell'OMS, nell'analisi dei dati sul ricorso al taglio cesareo il Comitato Percorso Nascita nazionale ha approvato di adottare la classificazione di Robson al fine di:

- comprendere se la variabilità nel tasso di cesarei tra punti nascita sia ascrivibile a una diversa composizione della popolazione che afferisce ai diversi punti nascita;
- identificare le sottopopolazioni di partorienti maggiormente rappresentate nelle diverse classi di Robson;
- confrontare lo scostamento della proporzione di cesarei nelle diverse classi di Robson rispetto ad uno standard di riferimento;
- scegliere le classi su cui promuovere percorsi di miglioramento della pratica clinica per ridurre la proporzione di cesarei;
- seguire nel tempo l'andamento del fenomeno.

Al fine di facilitare l'individuazione delle criticità, per le prime cinque classi di Robson per i tre ospedali regionali e la decima classe solo per l'ospedale di Campobasso che è l'unico riferimento per la neonatologia-TIN, quindi l'unico che assiste i prematuri, sono stati evidenziati valori superiori al valore medio nazionale. La % di TC primari risulta 42% superiore allo standard del 15% e del 25% fissato dal Regolamento sugli standard quantitativi e qualitativi dell'assistenza ospedaliera per i PN con meno di 1000 parti/anno.

Relativamente all'analisi dei parti secondo le classi di Robson si evidenzia che, a causa dell'errata compilazione da parte della Regione della variabile "Modalità del travaglio" (compilata sempre con il valore 2, corrispondente a travaglio indotto), non è stato possibile distinguere i parti tra le classi 1, 2a e 2b e tra le classi 3, 4a e 4b. Pertanto, per tale Regione i parti contenuti nelle classi 2a e 4° risultano sovrastimati, in quanto tali classi ricomprendono anche parti potenzialmente attribuibili rispettivamente alla classe 1 e alla classe 3. Inoltre per la Regione Molise non risultano attribuiti i casi dei parti con taglio cesareo di elezione, per le classi 2b e 4b.

In tutti i PN si registrano % di TC superiori alla media nazionale ad indicare la necessità di lavorare nei singoli contesti assistenziali per la programmazione di percorsi di miglioramento della pratica clinica.

Per questo la Direzione Generale e la Direzione Sanitaria ASREM ha provveduto dal mese di Settembre 2021 ad istituire un tavolo tecnico tra operatori sanitari ASREM rappresentati del



Percorso nascita e l'Istituto Bocconi per rimodulare ed applicare le Linee di indirizzo per la promozione e miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo"; settimanalmente si svolgono riunioni in remoto per discutere, sulla base del report della Regione Molise sulle azioni realizzate, le azioni programmate e quelle in corso di realizzazione. In questo momento si sta lavorando sui flussi informativi e sul nuovo documento CEDAP da rigenerare, unico per l'intero territorio nazionale poiché quello che viene redatto attualmente è obsoleto e inadeguato. Per la distribuzione regionale dei nati secondo il **peso alla nascita** sono state considerate le seguenti classi di peso: minore di 1500 grammi, tra 1500 e 2499 grammi, tra 2500 e 3299, tra 3300 e 3999 grammi ed oltre 3999. La distribuzione dei nati per classi di peso alla nascita è pressoché invariata rispetto a quella registrata nell'anno precedente. Pesi inferiori ai 1500 grammi in Molise si osservano nel 1,1% dei nati (0,9 media nazionale), il 6,2% ha un peso compreso tra 1500 e 2499 grammi, l'87,6% ha un peso tra 2500 e 3999 ed il 5,2% supera i 4000 grammi di peso alla nascita.

4.2.3 Scheda di programma

4.2.3.1 Descrizione dal PNP

Promuovere la salute riproduttiva e promozione di sani stili di vita in gravidanza e nelle famiglie

Descrizione - I primi 1000 giorni di vita, ovvero il lasso di tempo tra il concepimento e il secondo anno di vita, rappresentano una "finestra" temporale unica per efficacia degli interventi di prevenzione e promozione della salute in quanto rappresentano il periodo in cui vengono poste le basi fisiche, cognitive e socio relazionali per uno sviluppo armonico del bambino.

In anni recenti la promozione della salute si è arricchita di interventi che hanno introdotto termini come "salute riproduttiva" e di "salute preconcezionale".

Cogliere l'occasione della gravidanza per promuovere stili di vita salutari può migliorare la salute della madre ed avere un impatto positivo sulla salute del bambino. L'esposizione a **fattori di rischio** precoci risalenti all'epoca prenatale, correlati a stili di vita scorretti delle gestanti e in età precoce può essere particolarmente nociva in quanto può condizionare l'intero arco di vita dell'individuo. Tali fattori di rischio comportamentali sono spesso più diffusi in donne con basso titolo di studio, non occupate e con cittadinanza straniera.

Garantire a ciascun bambino di venire al mondo nelle migliori condizioni possibili è un impegno eticamente giusto ed economicamente vantaggioso per tutti, grazie al ritorno positivo su tutta la popolazione degli interventi realizzati nei primi anni di vita.

Garantire sin dall'inizio della gravidanza alle donne e alle coppie assistenza adeguata e informazioni chiare sui programmi previsti per il PERCORSO NASCITA migliora le conoscenze e le competenze genitoriali.



Il progetto prevede **azioni** per promuovere la salute riproduttiva e preconcezionale basate sull'aumento delle conoscenze e consapevolezza da parte delle donne e della coppia (empowerment) alle sane abitudini alimentari, attività motoria, astensione dal fumo, alcool e controllo del peso in donne in gravidanza attraverso il contributo dei Consulenti familiari e degli operatori dei reparti di ostetricia e ginecologia. Dopo la nascita del bambino le azioni saranno proseguite principalmente dai consulenti familiari, dai MMG e dai Pediatri.

La "Promozione" verso la popolazione viene costantemente accompagnata da una parallela "Formazione" per gli operatori del percorso nascita, proposta in base ad una periodica valutazione delle loro conoscenze e competenze, in particolare di ascolto e di counselling. La formazione punta non solo a rendere coerenti le risposte degli operatori con i messaggi di salute, ma anche a migliorare l'omogeneità degli interventi all'interno del percorso nascita, cercando di superarne la frammentazione; di qui il lavoro di Rete fra operatori e fra servizi del percorso nascita (ginecologi sia territoriali che ospedalieri, infermieri, infermieri pediatrici, ostetriche, assistenti sanitari, pediatri ospedalieri, psicologi, medici igienisti, pediatri di famiglia e in prospettiva ai medici di medicina generale impegnati nei Punti Nascita, Consulenti Familiari, ambulatori Ostetrici Ginecologici, Pediatria di famiglia, Servizi vaccinali, ecc), e l'apertura intersettoriale sia con le istituzioni che con le organizzazioni spontanee presenti nel territorio.

Promuovere l'allattamento al seno

Le innumerevoli prove di efficacia a sostegno dell'effetto benefico sulla salute di madre e bambino dell'allattamento al seno e degli interventi volti alla protezione, promozione e sostegno dello stesso, sono presentati nelle pagine web del sito sulla salute perinatale: in particolare quelle relative all'alimentazione infantile su (<http://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/742>); quelle sul l'implementazione dei progetti di sostegno (<http://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/455>).

La promozione dell'allattamento al seno ha un impatto positivo anche sulla riduzione della frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie, ed è per questo che rientra fra le raccomandazioni per la gestione delle comuni patologie infettive respiratorie in età pediatrica.

L'indicatore dell'allattamento al seno è stato identificato come marker di buona integrazione fra i servizi ospedalieri e territoriale e di qualità delle cure pediatriche (profili di cura pediatrici). L'allattamento può identificare un periodo di maggiore disponibilità della donna a migliorare alcuni stili di vita (fumo, alcool, alimentazione) ed è quindi possibile coordinare la promozione dell'allattamento con altri interventi di promozione di sani stili di vita.

Implementare la diagnosi prenatale delle malattie genetiche

Mettere tutta la platea di donne gravide in condizione di poter effettuare l' esame precoce del DNA fetale circolante, oggi gestito unicamente in costoso regime privatistico, rimuoverebbe una grave fattore di discriminazione sociale e consentirebbe una gestione sanitaria più efficace della malattia cromosomica nei nuovi nati.



Il Test **NIPT** (*Non Invasive Prenatal Testing*) o **NIPS** (*Non Invasive Prenatal Screening*) o *cell free DNA test* (*cfDNA test*) può essere eseguito a partire dalla 10° settimana di gestazione, presentando valori estremamente bassi di falsi positivi (FP) e falsi negativi (FN) per le principali anomalie cromosomiche (T21, T18, T13). Tale affermazione è supportata da diverse metanalisi che riportano, nelle gravidanze singole, i seguenti valori di sensibilità (detection rate - DR) e di specificità (false positive rate - FPR) del NIPT (Gil et al., 2017):

T21 - DR 99.7% (95% CI, 99.1-99.9%); FPR 0.04% (95% CI, 0.02-0.07%)

T18 - DR 97.9% (95% CI, 94.9-99.1%); FPR 0.04% (95% CI, 0.03-0.07%)

T13 - DR 99.0% (95% CI, 65.8-100%); FPR 0.04% (95% CI, 0.02-0.07%).

Attualmente le principali Società Scientifiche (SIGU - Società Italiana di Genetica Umana; ESHG - European Society of Human Genetics; ASHG - American Society of Human Genetics; ACMG - American College of Medical Genetics) e le Linee Guida del Ministero della Salute raccomandano l'utilizzo del NIPT per la ricerca delle aneuploidie autosomiche dei cromosomi 13, 18 e 21 (Ministero della Salute, 2015; Dondorp et al., 2015a; Dondorp et al., 2015b; SIGU, 2016; ACMG, 2016). Inoltre le più aggiornate piattaforme di analisi consentono di allargare l'indagine anche su aneuploidie dei cromosomi sessuali e su alcune alterazioni cromosomiche strutturali.

Il rilievo di una positività all'esame NIPT consente di indirizzare, poi, la donna all'indagine invasiva per la conferma del risultato.

Le Linee Guida del Ministero della Salute sul NIPT (2015) esprimono la necessità che, "a livello centrale (Ministero della Salute, SSN) e regionale (SSR), venga presa in considerazione la sua introduzione come test di prima o di seconda scelta, per il monitoraggio delle principali aneuploidie autosomiche". Inoltre "le caratteristiche del test raccomandano che esso venga eseguito presso un numero ristretto di laboratori a livello nazionale, certificati, dotati di personale con competenza specifica nelle tecniche di NGS e che partecipino a programmi di controllo della qualità (Linee Guida del Ministero della Salute, 2015)", in modo da poter contenere i costi dell'analisi che diventerebbero competitivi rispetto a quelli attualmente coperti dai programmi di diagnosi prenatale invasiva.

Il percorso NIPT così strutturato dovrà essere offerto nell'ambito di una consulenza con specialisti di genetica medica, integrata da un esaustivo consenso informato, rendendo le coppie consapevoli e adeguatamente informate del significato e delle ricadute del test.

Un percorso diagnostico specifico per la NIPT, pertanto, avrebbe il vantaggio:

- di ridurre il numero di diagnosi da test invasivi, quali amniocentesi e villocentesi;
- di ridurre, conseguentemente, il rischio di perdite fetali correlato alle tecniche invasive;
- di implementare l'individuazione di pazienti a rischio, migliorando l'efficacia della azione di prevenzione;
- di rimuovere condizioni discriminanti tra le gestanti.

Screening neonatale oftalmologico e audiologico

In continuità con il precedente PRP 2014-2018, proseguiranno, presso i 3 punti nascita di Campobasso, Termoli e Isernia, gli screenings oftalmologico (riflesso rosso) e audiologico che nel 2019 ha riguardato la totalità dei nati (100%) (nel 2019 sono nati 872 bambini a Campobasso, 494 a Isernia e 352 a Termoli).

Attraverso un maggiore coordinamento dei consultori regionali si intende aumentare l'**offerta dei servizi per la "salute riproduttiva" e "preconcezionale"**, facilitandone l'accesso soprattutto alle donne socio-economicamente svantaggiate e ai giovani/adolescenti. Rispetto alla popolazione giovanile saranno attivati spazi dedicati ad interventi di sensibilizzazione su HIV/AIDS HIV/AIDS/IST, sul ruolo protettivo e il corretto uso del profilattico, in modo trasversale con il PP01.



In modo trasversale con il PL11 saranno proposti interventi di sensibilizzazione sulla diagnosi precoce dei tumori del collo dell'utero, recuperando anche il ritardo diagnostico legato alla pandemia da Coronavirus, che ha comportato un'interruzione temporanea dello **screening oncologico regionale** e una riduzione delle adesioni.

Il progetto prevede la collaborazione della Direzione Generale Sanità dell'assessorato alle Politiche sociali, diversi servizi dell'ASREM, oltre al rafforzamento della rete con gli Enti Locali e le associazioni di volontariato.

4.2.3.2 Sintesi delle principali evidenze e buone pratiche e relative fonti

https://www.epicentro.iss.it/materno/pdf/RAPPORTO_FINALE_SORVEGLIANZA_BAMBINI_0_2_anni.pdf

<https://www.dors.it/documentazione/testo/201810/Nurturing%20care-italiano.pdf>

https://www.dors.it/alleg/newcms/201503/Dossier_DisPrimaInfanziaOK.pdf

<http://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/742>

<http://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/455>

Ministero della Salute - Consiglio Superiore di Sanità-Sezione I. Linee-Guida Screening prenatale non invasivo basato sul DNA (Non Invasive Prenatal Testing - NIPT), Maggio 2015.
Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM). Consult Series #36: Prenatal aneuploidy screening using cell-free DNA, Am J Obstet Gynecol 2015 Jun; 212(6):711-6.

The International Society for Prenatal Diagnosis (ISPD). Position statement from the Chromosome Abnormality Screening Committee on behalf of the Board of the International Society for Prenatal Diagnosis. Benn P et al., Prenat Diagn. 2015 Aug;35(8):725-34.

Società Italiana Genetica Umana (SIGU). Documento di indirizzo sull'impiego di indagini prenatali non invasive, Luglio 2016.

4.2.4 Obiettivi e indicatori delle azioni trasversali

INTERSETTORIALITÀ

PL12_OT02	Promozione del benessere nei primi 1000 giorni di vita e sostegno alla genitorialità attraverso tavoli intersettoriali, accordi con enti locali e terzo settore e favorendo processi partecipativi con la popolazione target.
PL12_OT02_IT03	Accordi intersettoriali finalizzati a diffusione/sviluppo e sostenibilità del programma
formula	Presenza di Accordi formalizzati
Standard	Almeno 1 Accordo di carattere regionale entro il 2022
Fonte	Regione

FORMAZIONE

PL12_OT03	Realizzazione di percorsi formativi sui determinanti della salute dei bambini
-----------	---



PL12_OT03_IT04	Formazione (A)
formula	Disponibilità di un programma di formazione congiunta e intersettoriale, che preveda la partecipazione degli operatori dei servizi sanitari e socio sanitari (inclusi i MMG e i PLS) e di rappresentanze di tutti gli Attori coinvolti nella realizzazione delle azioni previste dal Programma, che includa il tema della progettazione partecipata di interventi interdisciplinari e intersettoriali.
Standard	Realizzazione di almeno un percorso formativo, ogni anno a partire dal 2022
Fonte	Regione

COMUNICAZIONE

PL12_OT04	Revisione, traduzione multilingue e distribuzione in luoghi sensibili di materiale informativo sui determinanti la salute del bambino 0-2 anni
PL12_OT04_IT02	Comunicazione ed informazione
formula	Realizzazione di interventi di informazione e comunicazione sociale (compreso il marketing sociale) mirate a target e contesti specifici (ad es. amministratori, opinion leader, scuole, genitori, educatori sociali, operatori, associazioni, ecc.)
Standard	Progettazione e produzione di strumenti/materiali per iniziative di informazione e di comunicazione sociale entro il 2022 - almeno un intervento di comunicazione sociale, a carattere sperimentale, entro il 2023 - realizzazione di almeno un intervento di comunicazione sociale ogni anno a partire dal 2024
Fonte	Regione

EQUITÀ

PL12_OT01	Orientare gli interventi a criteri di equità; aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative
PL12_OT01_IT01	Lenti di equità
formula	adozione dell'HEA
Standard	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2022
Fonte	Regione

4.2.5 Obiettivi e indicatori specifici

PL12_OS05	Favorire l'integrazione e l'accesso ai servizi socio-sanitari (Consultori Familiari, Screening, Servizi Materno-Infantili) per l'accompagnamento delle neo famiglie nei primi 1000 giorni di vita
PL12_OS05_IS02	Presenza di linee d'indirizzo per l'accompagnamento delle neo famiglie nei primi 1000 giorni di vita



formula	Presenza delle linee di indirizzo
Standard	Definizione, stesura, pubblicazione e disseminazione delle linee di indirizzo
Fonte	Regione/ASREM
PL12_OS06	Implementazione dell'Agenda regionale della Gravidanza multilingue
PL12_OS06_IS03	Presenza dell'Agenda regionale della Gravidanza multilingue
formula	Presenza Agenda della Gravidanza
Standard	Definizione, stesura dell'Agenda della Gravidanza, tradotta in più lingue per facilitarne la comprensione anche alle donne di altre nazionalità, pubblicazione e implementazione nei consultori e nei servizi materno-infantili della regione.
Fonte	Regione/ASREM
PL12_OS07	Promozione dell'allattamento al seno
PL12_OS07_IS04	Diffusione dell'allattamento al seno
formula	Prevalenza di neo mamme che allattano al seno
Standard	Rilevazione annuale dati di prevalenza dell'allattamento al seno a 3 e 5 mesi (fonte dati anagrafe vaccinale regionale e bilanci di salute pediatrici con report annuale) e a 11 mesi (bilanci di salute pediatrici); stesura e diffusione di un documento multilingue, multidisciplinare e settoriale di buone pratiche a livello locale per la protezione, promozione e sostegno dell'allattamento al seno e per la diffusione di sani stili di vita; informazione ai professionisti e ai cittadini (via web e cartacea) sull'allattamento al seno e sui sani stili di vita; stesura e diffusione di pieghevoli informativi multilingue sulla prevenzione della morte improvvisa del lattante in culla – SIDS che vede, fra gli interventi, anche la promozione dell'allattamento.
Fonte	Bilanci di salute pediatrici; Anagrafe Vaccinale regionale
PL12_OS08	Implementazione di un percorso di diagnosi prenatale delle malattie genetiche
PL12_OS08_IS01	Definizione di una flow chart per l'adesione delle gestanti al percorso di diagnosi prenatale delle malattie genetiche
formula	Presenza di flow chart
Standard	Il gruppo di lavoro intersettoriale che lavora al PL primi 1000 giorni, predisporrà, implementerà una flow chart del percorso di diagnosi prenatale delle malattie genetiche, verificherà i risultati raggiunti in termini di adesione al percorso mediante l'analisi dei dati e pubblicherà un report.
Fonte	Regione/ASREM
PL12_OS09	Implementazione dell'offerta delle attività dei CF sul territorio regionale
PL12_OS09_IS07	Aumento dell'offerta di servizi e attività dei CF
formula	Numero medio di prestazioni consultoriali per 100 residenti
Standard	Aumento
Fonte	Regione/ASREM
PL12_OS10	Effettuare lo screening uditivo a tutti i nati nella Regione
PL12_OS10_IS05	Screening audiologico neonatale
formula	N°neonati sottoposti a screening audiologo /(tutti neonati)x100
Standard	sottoporre tutti i neonati allo screening audiologico
Fonte	REGIONE ASS. POLITICHE PER LA SALUTE
PL12_OS11	Effettuare lo screening oftalmologico neonatale a tutti i nati della Regione



PL12_OS11_IS06	Screening oftalmologico neonatale
formula	N°neonati sottoposti a screening oftalmologico /(tutti neonati)x100
Standard	Sottoporre tutti i neonati della regione Molise allo screening oftalmologico nei punti nascita
Fonte	REGIONE ASS. POLITICHE PER LA SALUTE

4.2.6 Azioni

PROGRAMMA	PL12
TITOLO AZIONE (1 di 7)	Stesura di linee d'indirizzo intersettoriali
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.9 Attivazione tavoli/gruppi di lavoro con rappresentanti di altri Settori
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS05 Favorire l'integrazione e l'accesso ai servizi socio-sanitari (Consultori Familiari, Screening, Servizi Materno-Infantili) per l'accompagnamento delle neo famiglie nei primi 1000 giorni di vita	
OS05IS02	Presenza di linee d'indirizzo per l'accompagnamento delle neo famiglie nei primi 1000 giorni di vita
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT02 Promozione del benessere nei primi 1000 giorni di vita e sostegno alla genitorialità attraverso tavoli intersettoriali, accordi con enti locali e terzo settore e favorendo processi partecipativi con la popolazione target.	
OT02IT03	Accordi intersettoriali finalizzati a diffusione/sviluppo e sostenibilità del programma
CICLO DI VITA	donne in età fertile
SETTING	servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

Saranno previsti ed organizzati incontri di comunicazione e confronto tra gli operatori attraverso incontri, tavoli tecnici, briefing, finalizzati alla stesura di linee d'indirizzo intersettoriale per la promozione della salute riproduttiva con attenzione anche alla paternità consapevole, in forma di poster, opuscoli, locandine, brochure.

PROGRAMMA	PL12
TITOLO AZIONE (2 di 7)	Promozione della salute riproduttiva e dell'accesso ai servizi
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE AD AUMENTARE L'ACCESSIBILITÀ E L'APPROPRIATEZZA (EFFICACIA, SOSTENIBILITÀ, INTEGRAZIONE) DEI SERVIZI SOCIO SANITARI E L'ADESIONE A MISURE DI PREVENZIONE, IN RELAZIONE ALL'OFFERTA INDIVIDUALE (obesità, tabagismo,



	screening oncologici, percorso nascita, consultori, vaccinazioni, dipendenze, NPI, ecc.)
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	5.2 Attivazione protocolli di collaborazione tra Servizi sociosanitari finalizzati a migliorarne l'integrazione
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS05 Favorire l'integrazione e l'accesso ai servizi socio-sanitari (Consultori Familiari, Screening, Servizi Materno-Infantili) per l'accompagnamento delle neo famiglie nei primi 1000 giorni di vita	
OS05IS02	Presenza di linee d'indirizzo per l'accompagnamento delle neo famiglie nei primi 1000 giorni di vita
OS07 Promozione dell'allattamento al seno	
OS07IS04	Diffusione dell'allattamento al seno
OS09 Implementazione dell'offerta delle attività dei CF sul territorio regionale	
OS09IS07	Aumento dell'offerta di servizi e attività dei CF
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT02 Promozione del benessere nei primi 1000 giorni di vita e sostegno alla genitorialità attraverso tavoli intersettoriali, accordi con enti locali e terzo settore e favorendo processi partecipativi con la popolazione target.	
OT02IT03	Accordi intersettoriali finalizzati a diffusione/sviluppo e sostenibilità del programma
OT03 Realizzazione di percorsi formativi sui determinanti della salute dei bambini	
OT03IT04	Formazione (A)
OT04 Revisione, traduzione multilingue e distribuzione in luoghi sensibili di materiale informativo sui determinanti la salute del bambino 0-2 anni	
OT04IT02	Comunicazione ed informazione
CICLO DI VITA	adolescenza;età adulta;donne in età fertile
SETTING	servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

L'azione intende pertanto promuovere strategie di promozione della salute riproduttiva e preconcezionale basate sull'aumento delle conoscenze e della consapevolezza da parte delle donne e delle coppie (con attenzione alla paternità consapevole) e sull'implementazione dell'offerta dei servizi di consulenza preconcezionale di qualità; parallelamente, si intende incentivare l'accesso ai servizi e alle pratiche di programmazione familiare, anche per le donne straniere.

Si prevede di:

- promuovere la genitorialità consapevole in tutti i consultori familiari con particolare attenzione alle esigenze contraccettive che tenga conto del repertorio culturale e della situazione soggettiva sociale ed economica;
- effettuare incontri di consulenza pre-concezionale;
- rendere consapevoli i futuri genitori dei cambiamenti emotivi e relazionali propri della gravidanza, del parto e del nascituro (genitorialità) preparandoli durante i corsi CAN alla genitorialità;
- promuovere un'alimentazione varia ed equilibrata al fine di evitare condizioni di sottopeso/sovrappeso.
- promuovere in età pre-concezionale l'assunzione di 0,4 mg al giorno di acido folico fino alla fine del III° trimestre di gravidanza;



- incentivare la partecipazione ai corsi di formazione sulle manovre di disostruzione rivolte ai genitori e caregiver (già presenti al CF di CB);
- favorire l'assunzione di un adeguato apporto di iodio.
- facilitare lo svolgimento di attività fisica regolare ed adeguata;
- valutare l'uso di sostanze stupefacenti (qualora se ne facesse uso, consigliare di smettere o di sottoporsi ai programmi di disintossicazione, di partecipare ai gruppi di sostegno o rivolgersi a centri specializzati per garantire il regolare sviluppo fisico e neuropsichico del feto/neonato. Prima di assumere qualsiasi farmaco consultare il MMG o il ginecologo)
- valutare le abitudini al fumo della donna, della coppia e dei familiari conviventi ed offrire informazioni circa i rischi associati al fumo attivo, passivo e di terza mano;
- valutazione delle abitudini al consumo di alcolici della donna e della coppia ed informarli sui rischi correlati all'assunzione di alcol in gravidanza. Indirizzare la donna a partecipare a gruppi di sostegno o Centri specializzati se necessario;
- Informare le donne in epoca preconcezionale di non assumere farmaci ad effetto dannoso sullo sviluppo dell'embrione e del feto;
- potenziare i corsi CAN sull'intero territorio regionale
- condividere tra tutti gli operatori sanitari delle raccomandazioni, linea guida gravidanza fisiologica e uso di una cartella della gravidanza unica e informatizzata ospedale/consultorio/territorio.
- sviluppare di programmi intersettoriali per accrescere le capacità personali in termini di autostima, auto efficacia e resilienza degli individui, nei contesti di vita e di lavoro, con particolare attenzione ai gruppi vulnerabili.
- promozione la immunizzazione attiva realizzando programmi di comunicazione evidence-based per la trasmissione delle corretta informazione sui vaccini ai fini di incrementare l'adesione consapevole da parte degli adolescenti/giovani e delle donne anche in gravidanza
- promuovere l'adesione al programma di screening regionale per il tumore del collo dell'utero.

PROGRAMMA	PL12
TITOLO AZIONE (3 di 7)	Screening audiologico neonatale
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE AD AUMENTARE L'ACCESSIBILITÀ E L'APPROPRIATEZZA (EFFICACIA, SOSTENIBILITÀ, INTEGRAZIONE) DEI SERVIZI SOCIOSANITARI E L'ADESIONE A MISURE DI PREVENZIONE, IN RELAZIONE ALL'OFFERTA INDIVIDUALE (obesità, tabagismo, screening oncologici, percorso nascita, consultori, vaccinazioni, dipendenze, NPI, ecc.)
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	5.3 Predisposizione, adozione e implementazione di PPDTA (percorso preventivo-diagnostico-terapeutico-assistenziale)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS10 Effettuare lo screening uditivo a tutti i nati nella Regione	
OS10IS05	Screening audiologico neonatale
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT04 Revisione, traduzione multilingue e distribuzione in luoghi sensibili di materiale informativo sui determinanti la salute del bambino 0-2 anni	



OT04IT02	Comunicazione ed informazione
CICLO DI VITA	infanzia
SETTING	servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

Tutti i neonati dei 3 Centri (Campobasso-Isernia-Termoli) effettueranno lo screening audiologico. In caso di dubbio (REFER) saranno controllati a distanza di qualche giorno ambulatorialmente. In caso di conferma di dubbio diagnostico saranno prontamente inviati nelle UO di ORL degli ospedali di Campobasso e Termoli. Per quanto riguarda lo screening in caso di popolazioni a rischio, neonati estremamente prematuri, asfittici, bambini con gravi sepsi neonatali, sinfromici, polimalformati, con sospetta/accertata infezione fetale etc saranno sempre indirizzati ad effettuare l'esame dei Potenziali Evocativi Acusrici (ABR). Un bambino prematuro con gravissima asfissia per sepsi connatale gravissima e shock settico e ABR fortemente patologici, sarà prontamente indirizzato a riabilitazione neurosensoriale e protesi acustica in Centro specializzato fuori regione (P.O. di Ravenna).

PROGRAMMA	PL12
TITOLO AZIONE (4 di 7)	Screening oftalmologico neonatale
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE AD AUMENTARE L'ACCESSIBILITÀ E L'APPROPRIATEZZA (EFFICACIA, SOSTENIBILITÀ, INTEGRAZIONE) DEI SERVIZI SOCIOSANITARI E L'ADESIONE A MISURE DI PREVENZIONE, IN RELAZIONE ALL'OFFERTA INDIVIDUALE (obesità, tabagismo, screening oncologici, percorso nascita, consultori, vaccinazioni, dipendenze, NPI, ecc.)
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	5.3 Predisposizione, adozione e implementazione di PPDTA (percorso preventivo-diagnostico-terapeutico-assistenziale)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS11 Effettuare lo screening oftalmologico neonatale a tutti i nati della Regione	
OS11IS06	Screening oftalmologico neonatale
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT04 Revisione, traduzione multilingue e distribuzione in luoghi sensibili di materiale informativo sui determinanti la salute del bambino 0-2 anni	
OT04IT02	Comunicazione ed informazione
CICLO DI VITA	infanzia
SETTING	servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

A Campobasso e ad Isernia lo screening verrà effettuato dal Neonatologo-Pediatra; in caso di dubbio verrà effettuata visita oculistica del P.O.; quando per edema delle palpebre non si riesca ad effettuarlo sarà ripetuto al controllo postdimissione. Verrà comunque consigliato controllo da parte del pediatra di base che prende in carico il neonato. A Termoli verrà effettuato, per accordi interni al P.O., direttamente dall'oculista. Nella città adriatica lo screening verrà effettuato anche presso il consultorio della città e dai PLS in occasione dei bilanci di salute.



Per lo screening oftalmologico dei neonati =32 settimane, viene attuato un protocollo di controllo secondo linee guida neonatologiche. I casi dubbi vengono indirizzati al Bambino Gesù di Roma per trattamento laser della ROP.

PROGRAMMA	PL12
TITOLO AZIONE (5 di 7)	Implementazione di un percorso di diagnosi prenatale delle malattie genetiche
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE AD AUMENTARE L'ACCESSIBILITÀ E L'APPROPRIATEZZA (EFFICACIA, SOSTENIBILITÀ, INTEGRAZIONE) DEI SERVIZI SOCIO SANITARI E L'ADESIONE A MISURE DI PREVENZIONE, IN RELAZIONE ALL'OFFERTA INDIVIDUALE (obesità, tabagismo, screening oncologici, percorso nascita, consultori, vaccinazioni, dipendenze, NPI, ecc.)
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	5.3 Predisposizione, adozione e implementazione di PPDTA (percorso preventivo-diagnostico-terapeutico-assistenziale)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS08 Implementazione di un percorso di diagnosi prenatale delle malattie genetiche	
OS08IS01	Definizione di una flow chart per l'adesione delle gestanti al percorso di diagnosi prenatale delle malattie genetiche
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT04 Revisione, traduzione multilingue e distribuzione in luoghi sensibili di materiale informativo sui determinanti la salute del bambino 0-2 anni	
OT04IT02	Comunicazione ed informazione
CICLO DI VITA	donne in età fertile
SETTING	comunità

DESCRIZIONE

Alla luce delle nuove tecnologie di analisi genomica è oggi possibile diagnosticare, dal DNA fetale circolante nel sangue materno dalle prime settimane di vita intrauterina, il rischio di avere un feto affetto dalle principali alterazioni cromosomiche. L'altissima sensibilità e specificità di questo test lo consiglia come predittivo di scelta, capace di indirizzare alla diagnosi prenatale invasiva (amniocentesi o villocentesi) anche le donne che non rientrano nel criterio dell'età materna avanzata. Nello stesso tempo consente di risparmiare indagini invasive alle donne a basso rischio di malattia cromosomica, pur in età avanzata, con contestuale risparmio della pur bassa percentuale di perdite fetali, che si stima essere legata alle tecniche invasive.

Si prevede di istituire un gruppo di lavoro regionale che coinvolga ginecologi, genetisti e neonatologi allo scopo di elaborare un documento finalizzato alla individuazione di un percorso di accesso all'esame e successiva presa in carico della paziente.

Il gruppo di lavoro avrà anche il compito di:

1. sviluppare una strategia di informazione rivolta all'utenza ed al personale sanitario;
2. monitorarla e verificarne l'efficacia;



3. stabilire i criteri di accesso all' esame, integrandolo in un percorso di valutazione del rischio riproduttivo;
4. effettuare una valutazione finale delle azioni intraprese.

PROGRAMMA	PL12
TITOLO AZIONE (6 di 7)	Implementazione dell'Agenda regionale della gravidanza
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE AD AUMENTARE L'ACCESSIBILITÀ E L'APPROPRIATEZZA (EFFICACIA, SOSTENIBILITÀ, INTEGRAZIONE) DEI SERVIZI SOCIOSANITARI E L'ADESIONE A MISURE DI PREVENZIONE, IN RELAZIONE ALL'OFFERTA INDIVIDUALE (obesità, tabagismo, screening oncologici, percorso nascita, consultori, vaccinazioni, dipendenze, NPI, ecc.)
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	5.9 Predisposizione, adozione e diffusione di documenti tecnici/ di indirizzo metodologico, raccolte di "pratiche raccomandate", reportistica, ecc.
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS06 Implementazione dell'Agenda regionale della Gravidanza multilingue	
OS06IS03	Presenza dell'Agenda regionale della Gravidanza multilingue
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT03 Realizzazione di percorsi formativi sui determinanti della salute dei bambini	
OT03IT04	Formazione (A)
OT04 Revisione, traduzione multilingue e distribuzione in luoghi sensibili di materiale informativo sui determinanti la salute del bambino 0-2 anni	
OT04IT02	Comunicazione ed informazione
CICLO DI VITA	donne in età fertile
SETTING	servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

Si prevede di elaborazione a livello regionale di un'Agenda della gravidanza per il bilancio di salute preconcezionale supportato soprattutto dagli operatori consultoriali, favorendo così l'accesso ai servizi e alle pratiche di programmazione familiare, che sarà tradotta in più lingue anche per le donne straniere.

L'agenda di gravidanza sarà distribuita alle donne che aspettano un bambino presso i Consultori della regione.

Deve contenere tutte le informazioni utili per affrontare la gravidanza, il parto e il puerperio: saranno elencati e spiegati i servizi dedicati alla maternità, le opzioni assistenziali possibili, i controlli clinici appropriati, gli stili di vita consigliati, i diritti legati alla maternità e alla paternità, le impegnative mutualistiche per gli esami di base, tutte esenti ticket, da utilizzare presso i laboratori e gli ambulatori pubblici.

Essa costituisce anche uno strumento clinico in quanto ci saranno spazi dedicati agli operatori per la registrazione dei dati, in modo da garantire il passaggio delle informazioni tra l'assistenza alla gravidanza e quella al parto e al puerperio.



AZIONE EQUITY

PROGRAMMA	PL12
TITOLO AZIONE (7 di 7)	Riorganizzare i CF sul territorio regionale e implementare l'offerta dei servizi e delle attività agli utenti
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE AD AUMENTARE L'ACCESSIBILITÀ E L'APPROPRIATEZZA (EFFICACIA, SOSTENIBILITÀ, INTEGRAZIONE) DEI SERVIZI SOCIO SANITARI E L'ADESIONE A MISURE DI PREVENZIONE, IN RELAZIONE ALL'OFFERTA INDIVIDUALE (obesità, tabagismo, screening oncologici, percorso nascita, consultori, vaccinazioni, dipendenze, NPI, ecc.)
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	5.4 Ciclo HEA di un Servizio Socio sanitario (es. Consultori, Screening, Materno-Infantile, ecc.)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS05 Favorire l'integrazione e l'accesso ai servizi socio-sanitari (Consultori Familiari, Screening, Servizi Materno-Infantili) per l'accompagnamento delle neo famiglie nei primi 1000 giorni di vita	
OS05IS02	Presenza di linee d'indirizzo per l'accompagnamento delle neo famiglie nei primi 1000 giorni di vita
OS06 Implementazione dell'Agenda regionale della Gravidanza multilingue	
OS06IS03	Presenza dell'Agenda regionale della Gravidanza multilingue
OS09 Implementazione dell'offerta delle attività dei CF sul territorio regionale	
OS09IS07	Aumento dell'offerta di servizi e attività dei CF
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT01 Orientare gli interventi a criteri di equità; aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative	
OT01IT01	Lenti di equità
OT02 Promozione del benessere nei primi 1000 giorni di vita e sostegno alla genitorialità attraverso tavoli intersectoriali, accordi con enti locali e terzo settore e favorendo processi partecipativi con la popolazione target.	
OT02IT03	Accordi intersectoriali finalizzati a diffusione/sviluppo e sostenibilità del programma
OT03 Realizzazione di percorsi formativi sui determinanti della salute dei bambini	
OT03IT04	Formazione (A)
OT04 Revisione, traduzione multilingue e distribuzione in luoghi sensibili di materiale informativo sui determinanti la salute del bambino 0-2 anni	
OT04IT02	Comunicazione ed informazione
CICLO DI VITA	adolescenza;età adulta;donne in età fertile
SETTING	servizi di prevenzione/cura/assistenza socio sanitaria

DESCRIZIONE

In merito agli indicatori della GRIGLIA HEA, l'offerta di attività considerate strategiche da parte dei consultori familiari (CF) viene misurata come la % di CF che effettuano attività considerate strategiche e relative a: percorso nascita, corsi di accompagnamento alla nascita, screening del



tumore della cervice uterina, adolescenti/giovani. In Molise questo valore risulta essere inferiore alla media nazionale. Anche la capacità attrattiva dei consultori, misurata dal numero di utenti dei CF per 100 residenti che in Molise risulta essere un terzo della media nazionale ed è la più bassa registrata a livello nazionale. Entrambi questi indicatori di vulnerabilità sanitaria riducono l'accessibilità ai servizi sanitari e ai programmi di prevenzione dell'area materno-infantile in funzione di determinanti quali la residenza, il genere, l'età, l'etnia, il reddito e il grado d'istruzione. Questi determinanti influiscono sulla capacità di autodeterminazione e sul livello di controllo della propria salute e della qualità di vita e generano disuguaglianze sia aumentando la probabilità d'insorgenza di una malattia, sia esponendo la donna alla progressione di un problema di salute verso un esito sfavorevole.

La priorità sarà quindi quella di migliorare il coordinamento dei consultori familiari (CF) e di potenziare l'offerta delle attività come una prima valida risposta per facilitare l'accesso alle cure alle donne più svantaggiate.

Pertanto saranno implementati soprattutto attività considerate strategiche come gli incontri/corsi di accompagnamento alla nascita (CAN) e le azioni per aumentare l'adesione ai programmi organizzati di screening del tumore della cervice uterina in linea con il PL 11. Si prevede di attivare percorsi/nascita seguendo tutta la gravidanza, comprendendo anche la diagnosi prenatale delle malattie genetiche; saranno attivati spazi/ giovani e si effettueranno interventi di promozione della salute nelle scuole in sinergia con il PP01.

Tali servizi si caratterizzano l'offerta di consultori familiari culturalmente competenti e accettati favorendo l'accesso e la qualità delle prestazioni durante la gravidanza e non solo. Inoltre, i Consultori, secondo l'Istituto Superiore di Sanità, costituiscono servizi improntati a un modello di salute innovativo e hanno dimostrato una capacità di rapido adattamento all'emergenza pandemica per rispondere ai bisogni delle famiglie e ai cambiamenti legati al COVID-19.

MONITORAGGIO DELL'AZIONE EQUITY-ORIENTED

OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	AUMENTARE L'ACCESSIBILITÀ AI CF DEL TERRITORIO
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	<p>Sarà costituito un gruppo di lavoro regionale coinvolgendo in attività di co-progettazione oltre i referenti dei CF e dirigenti ASREM anche l'USR, le Scuole interessate e gli amministratori degli Enti locali ; il coinvolgimento di altri stakeholder prevede un lavoro preliminare di advocacy e costruzione di obiettivi condivisi.</p> <p>Sarà prevista la formazione specifica degli operatori dei CF con particolare attenzione all'applicazione del ciclo dell'equity nella individuazione delle priorità e degli interventi volti a contrastare le disuguaglianze di salute delle donne e delle famiglie da 0 a 2 anni di vita del bambino.</p> <p>Sarà riorganizzata la rete dei CF del territorio e sarà previsto il potenziamento</p>



	<p>dell'offerta dei CF sarà posta attenzione preferenziale a quei servizi ed attività che prevedono il coinvolgimento delle donne più svantaggiate, che hanno meno opportunità di accesso ai consultori.</p> <p>Saranno prodotti gli strumenti di comunicazione per le donne e le famiglie saranno realizzati anche in plain language e in versioni semplificate con traduzione a fronte, in modo che possano essere fruiti più facilmente dalle persone con titolo di studio più basso o straniere.</p> <p>Saranno implementati gli incontri/corsi di accompagnamento alla nascita (CAN) e le azioni volte ad aumentare l'adesione ai programmi organizzati di screening del tumore della cervice uterina in linea con il PL 11. Si prevede di attivare percorsi/nascita seguendo tutta la gravidanza, comprendendo anche la diagnosi prenatale delle malattie genetiche; saranno attivati spazi/ giovani e si effettueranno interventi di promozione della salute nelle scuole in sinergia con il PP01.</p>
ATTORI COINVOLTI	Consultori Familiari ASREM, Referenti regionali PP01 PL11, USR , servizi sociali dei Comuni, Forze dell'Ordine.
INDICATORE	<p>Prevalenza utenti dei CF</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formula: Numero medio di utenti dei CF x 100 residenti • Standard Si prevede di aumentare l'accessibilità ai servizi dei CF mediante la produzione di materiale informativo, multilingue per facilitare la comunicazione anche agli utenti stranieri, in merito alle offerte di servizi e attività dei CF del territorio regionale e alle modalità di accesso; divulgare il materiale informativo e monitorare gli accessi. • Fonte ISS
OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	AUMENTARE L'ACCESSIBILITÀ AI CF DEL TERRITORIO
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	<p>Sarà costituito un gruppo di lavoro regionale coinvolgendo in attività di co-progettazione oltre i referenti dei CF e dirigenti ASREM anche l'USR, le Scuole interessate e gli amministratori degli Enti locali ; il coinvolgimento di altri stakeholder prevede un lavoro preliminare di advocacy e costruzione di obiettivi condivisi.</p> <p>Sarà prevista la formazione specifica degli operatori dei CF con particolare attenzione all'applicazione del ciclo dell'equity nella individuazione delle priorità e degli interventi volti a contrastare le disuguaglianze di salute delle donne e delle famiglie da 0 a 2 anni di vita del bambino.</p> <p>Sarà riorganizzata la rete dei CF del territorio e sarà previsto il potenziamento dell'offerta dei CF sarà posta attenzione preferenziale a quei servizi ed attività che prevedono il coinvolgimento delle donne più svantaggiate, che hanno meno opportunità di accesso ai consultori.</p> <p>Saranno prodotti gli strumenti di comunicazione per le donne e le famiglie saranno realizzati anche in plain language e in versioni semplificate con traduzione a fronte, in modo che possano essere fruiti più facilmente dalle persone con titolo di studio più basso o straniere.</p>



	Saranno implementati gli incontri/corsi di accompagnamento alla nascita (CAN) e le azioni volte ad aumentare l'adesione ai programmi organizzati di screening del tumore della cervice uterina in linea con il PL 11. Si prevede di attivare percorsi/nascita seguendo tutta la gravidanza, comprendendo anche la diagnosi prenatale delle malattie genetiche; saranno attivati spazi/ giovani e si effettueranno interventi di promozione della salute nelle scuole in sinergia con il PP01.
ATTORI COINVOLTI	Consultori Familiari ASREM, Referenti regionali PP01 PL11, USR , servizi sociali dei Comuni, Forze dell'Ordine.
INDICATORE	<p>Integrazione dei CF con il territorio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formula: Numero medio di atti formali di collaborazioni • Standard • Il numero medio di atti formali di collaborazione con gli altri servizi sanitari aziendali, con i servizi sociali, l'autorità giudiziaria, con la scuola e il terzo settore per Distretto socio-sanitario. Tali atti sono finalizzati alla costituzione del gruppo di lavoro intersettoriale, formazione del personale sul ciclo del HEA, riorganizzazione e potenziamento dei servizi offerti dai CF del territorio. • Fonte Regione/ASREM



4.3 PL13 Alimentare la salute

4.3.1 Quadro logico regionale

CODICE	PL13
REFERENTI DEL PROGRAMMA	
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	MO1 Malattie croniche non trasmissibili
MACRO OBIETTIVO TRASVERSALE DI RIFERIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> - MO1 Malattie croniche non trasmissibili - MO5 Ambiente, Clima e Salute - MO6 Malattie infettive prioritarie
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	<ul style="list-style-type: none"> - MO1-09 Promuovere la salute orale attraverso il contrasto ai fattori di rischio comuni alle MCNT - MO1-11 Migliorare l'attività di controllo sulla presenza di sale iodato presso punti vendita e ristorazione collettiva - MO1-13 Favorire la formazione/informazione degli operatori del settore alimentare che integri riferimenti all'uso del sale iodato, alle intolleranze alimentari, agli allergeni, alla gestione dei pericoli negli alimenti e alle indicazioni nutrizionali e sulla salute - MO1-14 Migliorare la tutela della salute dei soggetti allergici e intolleranti - MO1-15 Migliorare la tutela della salute dei consumatori e assicurare il loro diritto all'informazione - MO1-16 Migliorare le conoscenze atte a documentare lo stato di nutrizione della popolazione - MO5-03 Programmare, realizzare e documentare attività in materia di sicurezza chimica di cui al REACH/CLP (controllo, formazione, informazione e altre attività) favorendo sinergia/integrazione con attività su specifiche matrici (es. biocidi, fitosanitari, fertilizzanti, cosmetici, ecc.) o su specifici ambiti (sicurezza luoghi di lavoro, igiene in ambienti di vita, sicurezza alimentare) - MO6-02 Informatizzare i sistemi di sorveglianza per le malattie infettive, in modo interoperabile - MO6-03 Aumentare la segnalazione delle malattie infettive da parte degli operatori sanitari (medici di famiglia, medici ospedalieri, laboratoristi) - MO6-09 Assicurare il rintraccio dell'alimento per l'attivazione del sistema di allerta al fine del ritiro/richiamo dalla commercializzazione dell'alimento pericoloso o potenzialmente pericoloso - MO6-10 Sviluppare adeguati programmi di formazione del personale addetto al controllo ufficiale nei centri cotture e nelle mense per mettere in atto le azioni correttive più appropriate riguardo alle non conformità riscontrate al



	<p>fine di prevenire l'insorgere di MTA (malattie trasmissibili con gli alimenti) tra i soggetti fruitori del servizio e al fine di prevenire le tossinfezioni alimentari nella ristorazione collettiva</p> <ul style="list-style-type: none"> - MO6-11 Sviluppare adeguati programmi di formazione del personale addetto al controllo ufficiale nelle imprese alimentari per mettere in atto le azioni correttive più appropriate riguardo alle non conformità riscontrate al fine di prevenire l'insorgere di MTA (malattie trasmissibili con gli alimenti)" - MO6-12 Aumentare le competenze degli operatori sanitari delle strutture sanitarie competenti sulla prevenzione e controllo delle malattie trasmesse da vettori e delle strutture sanitarie coinvolte nella prevenzione e il controllo delle malattie trasmesse da alimenti (ivi compresi i servizi SIAN, SIAOA e ospedalieri) - MO6-13 Promuovere interventi formativi, campagne informative/educative per gli Operatori del Settore Alimentare (OSA) sulle malattie trasmesse da alimenti - MO6-14 Promuovere la consapevolezza da parte delle comunità sulle malattie trasmesse da vettori e da alimenti - MO6-15 Migliorare la qualità della sorveglianza delle malattie trasmesse da vettori e da alimenti in ambito umano
LINEE STRATEGICHE DI INTERVENTO	<ul style="list-style-type: none"> - MO1LSd Sviluppo di programmi di promozione della salute, anche trasversali ai principali fattori di rischio, condivisi tra Servizi sanitari e sociosanitari, istituzioni educative e datori di lavoro, attivando reti e comunità locali, finalizzati a: - ,contrasto al consumo di prodotti del tabacco e con nicotina,contrasto al consumo dannoso e rischioso di alcol,riduzione dell'inattività fisica e della sedentarietà,contrasto all'obesità/sovrappeso, in particolare quella infantile,riduzione del consumo eccessivo di sale e promozione dell'utilizzo del sale iodato,aumento del consumo di frutta e verdura, - prevenzione delle principali patologie orali (in particolare carie e tumori del cavo orale) - MO1LSe Sviluppo di conoscenze e competenze (empowerment -life skill) di tutti i componenti della ristorazione collettiva (operatori scolastici, sanitari, ditte di ristorazione, ditte di vending (distributori), stakeholders (famiglie, lavoratori, pazienti, etc) sull'importanza della sana alimentazione per prevenire le complicanze di numerose patologie croniche, ridurre lo spreco alimentare e ridurre l'impatto ambientale correlato all'alimentazione - MO1LSf Implementazione di programmi di controllo ufficiale degli alimenti, con specifiche previsioni:per la tutela dei soggetti allergici e intolleranti,per il controllo della disponibilità di sale iodato punti vendita e ristorazione collettiva,per la verifica delle indicazioni nutrizionali e salutistiche presenti sui prodotti alimentari - MO1LSH Implementazione e sviluppo di programmi di formazione degli addetti alla preparazione/distribuzione di alimenti - MO1LSi Implementazione di programmi regionali di formazione delle Autorità



	<p>competenti per favorire l'attuazione dei Reg. 1924/2006 e 1169/2011 per quanto riguarda le indicazioni nutrizionali e salutistiche fornite sui prodotti alimentari</p> <ul style="list-style-type: none"> - MO1LSj Attivazione di un gruppo di coordinamento regionale e aziendale per il raccordo con le attività del TaSiN (Tavolo sicurezza Nutrizionale), con funzione di osservatorio relativamente all'acquisizione di informazioni sullo stato di nutrizione della popolazione con particolare riferimento alla malnutrizione per eccesso e per difetto - MO5LSc Programmare e realizzare interventi di controllo trasversale agli ambienti di vita e di lavoro, e su prodotti immessi sul mercato - MO5LSf Iniziative per favorire una formazione specifica e aggiuntiva degli operatori sanitari nel settore dei fitosanitari con riguardo agli articoli 28, 46, 52, 53, 55, 67, 68 del regolamento CE N 1107/2009 - MO6LSH Coordinamento tra strutture ospedaliere e Dipartimenti di prevenzione delle Aziende Sanitarie - MO6LSi Realizzazione di un programma regionale di formazione - MO6LSj Promuovere interventi formativi dei Dipartimenti di Prevenzione diretti al personale addetto al controllo ufficiale nelle imprese alimentari - MO6LSk Promuovere iniziative di formazione sulle malattie trasmesse da vettori e da alimenti - MO6LSm Diffusione di materiale informativo/divulgativo sulle malattie trasmesse da vettori e da alimenti su sito web - MO6LSI - Promuovere interventi formativi dei Dipartimenti di Prevenzione sulle malattie trasmesse da alimenti diretti agli OSA - - MO6LSb Coordinamento e integrazione tra diversi livelli istituzionali nella attuazione di interventi di prevenzione, nel periodico ritorno informativo a tutti i livelli e nel monitoraggio sistematico
LEA	<ul style="list-style-type: none"> - A01 Sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive e diffusive - A02 Interventi per il controllo della diffusione di malattie infettive e diffusive - B13 Tutela della salute dai rischi per la popolazione derivanti dall'utilizzo di sostanze chimiche, miscele ed articoli (REACH-CLP) - E06 Sorveglianza e controllo sulle attività connesse agli alimenti Regolamento CE 882/04 - E14 Infezioni, intossicazioni e tossinfezioni alimentari - F01 Cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni, con organizzazioni ed enti della collettività, per l'attuazione di programmi intersettoriali con il coinvolgimento dei cittadini, secondo i principi del Programma nazionale "Guadagnare salute" (DPCM 4.5.2007) - F02 Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione - F06 Promozione di una sana alimentazione per favorire stili di vita salutari

4.3.2 Sintesi del Profilo di salute ed equità ed Analisi di contesto

Lo stato nutrizionale e le abitudini alimentari della popolazione molisana sono monitorate grazie ai sistemi di sorveglianza OKkio alla salute, HBSC, PASSI e Passi d'argento.

Per quanto attiene allo stato ponderale in età infantile, secondo l'ultima indagine di OKkio alla Salute, effettuata nel 2019 su un campione di bambini frequentanti la terza classe della scuola primaria, la Regione Molise fa registrare valori di sovrappeso leggermente maggiori di quelli nazionali (21.7% vs 20.4% della media nazionale) e valori di obesità, invece, nettamente superiori (13.3% vs 9.4% della media nazionale).

Nella Regione, le prevalenze di obesità e di sovrappeso sono simili tra i bambini di 8 e 9 anni sia tra maschi e femmine, sia per densità abitativa. Il rischio di obesità non varia con il crescere della scolarità della madre, anche se in alcuni studi, il livello di scolarità dei genitori insieme alla zona geografica di abitazione possono generare disuguaglianze per il rischio di malattia associato a sovrappeso o obesità del bambino.

Alcuni studi hanno dimostrato che i genitori possono non avere un quadro corretto dello stato ponderale del proprio figlio. Questo fenomeno è particolarmente importante nei bambini sovrappeso/obesi che vengono al contrario percepiti come normopeso.

Riguardo alle abitudini alimentari di tale fascia di età, la rilevazione evidenzia che l'11% dei bambini non fa colazione quotidianamente e il 35% non consuma una colazione adeguata, ossia bilanciata in termini di carboidrati e proteine, l'83% dei bambini consuma una merenda di metà mattina abbondante e di conseguenza non adeguata, il 23% consuma quotidianamente bibite zuccherate/gassate, il 32% consuma frutta e/o verdura meno di una volta al giorno, i legumi sono consumati dal 28% dei bambini meno di una volta a settimana, il 41% dei bambini consuma snack dolci più di 3 giorni a settimana e l'11% consuma snack salati più di tre giorni a settimana. Tali dati evidenziano la necessità di valorizzare il ruolo educativo dell'istituzione scolastica, con particolare riguardo al consumo del pasto/spuntino a scuola.

Nella Regione Molise, l'indagine 2018 dello studio HBSC (Health Behaviour in School-aged Children - Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare), in merito alle abitudini alimentari e lo stato nutrizionale dei giovani molisani (11,13 e 15 anni), ha evidenziato che durante la settimana soltanto il 54,5% dei ragazzi assume regolarmente la colazione; il 24,9% di solito inizia la giornata scolastica a digiuno, il 27,3% del campione consuma con frequenza dolci, il 25,87% dei ragazzi è in sovrappeso o obeso mentre il 71,5% è normopeso.

Per quanto riguarda la popolazione adulta, secondo i dati riferiti dai soggetti intervistati della fascia di età 18-69 anni nell'ambito del sistema di sorveglianza PASSI, nella nostra regione i soggetti in sovrappeso sono il 33.2% (la media italiana è del 31,5%), quelli obesi raggiungono il 13.5% un valore significativamente maggiore della media italiana (10,8%).

I dati della sorveglianza evidenziano che l'eccesso ponderale riguarda prevalentemente gli uomini, piuttosto che le donne, le classi di età di 50-69 anni, i soggetti con basso grado di istruzione, con difficoltà economiche, la popolazione straniera, rispetto a quella italiana, le persone che vivono nel sud e nelle isole.

In merito alle abitudini alimentari, in Italia, 1 adulto su 10 consuma la quantità di frutta e verdura raccomandata dalle Linee guida per una corretta alimentazione, ovvero 5 porzioni al giorno (five a day). In Molise tale comportamento virtuoso è praticato dal 4,3% della popolazione adulta.

Se l'adesione al "five a day" resta un'abitudine di pochi, in Italia quasi la metà della popolazione consuma almeno 3 porzioni di frutta o verdura al giorno; in Molise tale percentuale è significativamente minore: 35,7% a fronte di una media nazionale di 48,8%.



Stesso andamento si riscontra fra gli ultrasessantacinquenni: rispettivamente 4,8% (Italia 11,2%) e 42,6% (Italia 55,3%).

Gli adulti che in Molise fanno attenzione al consumo di sale sono il 50,5% (Italia 57,8%), il 25,9% (Italia 26,6%) delle persone che hanno avuto un contatto con un operatore sanitario ha ricevuto il consiglio di fare attenzione o ridurre il consumo di sale.

L'inverso avviene per quanto attiene al sale iodato: usa il sale iodato l'89,1% degli adulti molisani (Italia 71,7%), mentre il consumo abituale di sale iodato riguarda il 75,0% di loro (Italia 53,4%).

La promozione di una sana alimentazione per favorire stili di vita salutari appare indispensabile per contrastare l'insorgenza e l'aggravamento delle malattie croniche, legate all'invecchiamento della popolazione.

Particolare attenzione va posta alla tutela dei soggetti allergici e intolleranti. Secondo le statistiche nazionali, negli ultimi 40 anni è triplicato il numero dei soggetti allergici e intolleranti ad alcuni tipi di alimenti: mentre negli anni 80 ne soffriva solo il 2,9% della popolazione, ad oggi il dato è salito al 12,7%: in Molise, pertanto, si stima che le persone che, a causa della mancata informazione, potrebbero incorrere in una reazione avversa dopo l'ingestione dell'alimento al quale sono allergiche o intolleranti siano circa 38.000.

Più in particolare, la prevalenza di soggetti celiaci in Molise è pari alla 0,34% della popolazione: 1024 casi. Va peraltro considerato che tale percentuale si riferisce ai casi diagnosticati, che questi ultimi rappresentano circa un terzo del totale dei casi e che, quindi, verosimilmente, il numero dei celiaci in Molise è di circa 3000 persone, due terzi dei quali non sanno di esserlo.

Malgrado le percentuali di consumo e di consumo abituale del sale iodato siano superiori alla media nazionale, (rispettivamente 89,1% Molise vs Italia 71,7% e 75,0% Molise vs Italia 53,4%), secondo i dati dell'Osservatorio Regionale, collegato alla cattedra di Endocrinologia dell'Università del Molise, nel 2016 era ancora presente una lieve iodo-carenza nella Regione Molise, seppure con un netto miglioramento dei valori di ioduria rispetto alla precedente rilevazione.

Dall'elaborazione degli indicatori CoEsDi e CoMoDi, si evince che in numeri assoluti, la possibile riduzione dell'esposizione dovuta alle disuguaglianze è maggiore per la sedentarietà, il consumo di frutta e verdura inferiore alle tre porzioni al giorno e per l'eccesso ponderale, in termini percentuali per l'obesità, il consumo di alcol a rischio e l'essere forte fumatore. Il consumo eccessivo di carne e grassi è invece più diffuso negli strati sociali più avvantaggiati.

Dati ISTAT relativi al 2013 evidenziano come siano marcate le disuguaglianze sociali nella salute e nella prevenzione orale, nonché nell'accesso alle cure, a svantaggio delle persone poco istruite o con scarse risorse economiche. Le persone anziane che hanno conseguito la laurea hanno un rischio nettamente più basso di perdere tutti i denti naturali (OR=0,37).

È stato più volte sottolineato come la popolazione molisana sia prevalentemente sovrappeso, anziana e malata. L'eccesso ponderale, presente già nelle fasce di età giovanili, come evidenziato OKkio alla Salute e HBSC, si accentua in età adulta, come rilevato dalla sorveglianza PASSI, fino a riguardare quasi l'80% della popolazione anziana. L'indagine PASSI D'ARGENTO, infatti, evidenzia negli ultrasessantacinquenni valori superiori alla media nazionale: soggetti in sovrappeso 56,6% (Italia 43,6%), obesi 23,3% (Italia 14,3%). D'altro canto, è da considerare che l'eccesso ponderale in età geriatrica, rilevabile nella nostra regione, nell'anziano è spesso associato alla sarcopenia e non è quindi completamente incompatibile con la malnutrizione per difetto, a sua volta strettamente associata alla disabilità. I dati della letteratura dimostrano, infatti, in modo inequivocabile, una prevalenza di malnutrizione per difetto in età geriatrica, che risulta particolarmente elevata nei soggetti caratterizzati da "unsuccessful aging", con cattiva qualità della vita, scarsa capacità di svolgere autonomamente le attività di base quotidiane, fragilità, pluripatologie, etc. La



prevalenza di malnutrizione per difetto oscilla dal 3-4% nei soggetti anziani freeliving fino al 70% nelle strutture di lungodegenza e RSA (Linee di Indirizzo Nazionale per la Ristorazione Ospedaliera ed Assistenziale, Ministero della salute 2011), con notevoli variazioni per ogni setting da studio a studio (Cereda, 2016; Dent, 2012; Guigoz, 2006; Kaiser, 2010). I risultati delle indagini condotte negli anni 2012-2015 nell'ambito del progetto "Istituzione del Centro Regionale per la sorveglianza nutrizionale e la prevenzione, diagnosi e terapia dell'obesità e delle malattie cronico-degenerative", realizzato in collaborazione con l'Università degli Studi del Molise, hanno confermato che l'ipotesi di una diffusa malnutrizione, o del rischio di scivolare in essa, è reale fra gli anziani istituzionalizzati, anche nella nostra regione, essendo stati riscontrati nel 60,6% dei casi. Questo è lo scenario precedente all'epidemia da Covid-19 e non tiene conto delle conseguenze che ha comportato l'isolamento di fragili e anziani istituzionalizzati, a causa del totale divieto di accesso a familiari e amici, perdurato in alcuni casi per oltre un anno, fino all'entrata a regime della campagna vaccinale o fino all'istituzione del green-pass. In molti casi il divieto si è tramutato in limitazione senza mai raggiungere le garanzie di accesso precedenti all'epidemia da Covid-19. E' ipotizzabile pertanto, che la difficile situazione psicologica dei soggetti istituzionalizzati abbia avuto riflessi anche sul loro stato nutrizionale, favorendo la malnutrizione per difetto. Appare inoltre opportuno che i servizi deputati al controllo della qualità dei pasti forniti, che necessariamente hanno diminuito la propria attività nelle fasi più critiche della pandemia, tornino a svolgere i controlli a garanzia della sicurezza e del benessere degli ospiti.

Il precedente Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018 aveva come obiettivi:

- l'individuazione di un percorso per la formazione del 100% del personale addetto al controllo ufficiale, incluso il mantenimento della qualifica;
- la programmazione integrata di eventi formativi, per gli operatori del settore alimentare sui temi della celiachia, delle allergie ed delle intolleranze alimentari;
- lo svolgimento di attività di controllo ufficiale per la rilevazione della presenza di sale iodato presso punti vendita e ristorazione collettiva s
- il miglioramento del livello qualitativo della ristorazione scolastica e dei distributori automatici

Relativamente a tali ambiti, il Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025 si pone dunque in prosecuzione con il precedente PRP 2014-2018 e la sua realizzazione si avvale dell'esperienza maturata, in tali ambiti, dal personale oltre che dai risultati conseguiti.

La Regione Molise ha promosso la partecipazione del proprio personale ad eventi formativi a numero chiuso, organizzati da IZS "Caporale", Istituto Superiore di Sanità (Evento Formativo n.190789 "Il campionamento degli alimenti e mangimi nell'ambito del Controllo Ufficiale (III edizione)" Corso FAD e-learning, organizzato da IZS "Caporale", Corso Fad "Organizzazione, metodi e tecniche del controllo ufficiale", organizzato da Istituto Superiore di Sanità e Ministero della Salute .con superamento esame finale). La Regione, inoltre, ha organizzato inoltre con l'Agenzia Formativa Qualiform nel 2019 il Corso di formazione per Auditor-Lead auditor approvato con Determinazione del Servizio di Prevenzione, Veterinaria e Sicurezza Alimentare della Regione Molise e il Corso di aggiornamento Audit (UNI EN ISO 19011: 2018) e accreditamento strutture Sanitarie, nel 2020 l'Evento formativo "Cosa cambia nei controlli ufficiali per la sicurezza alimentare: dal regolamento 625/17 ai regolamenti delegati e di esecuzione". L'ASReM, a sua volta ha organizzato gli eventi : " Approfondimenti in tema di sicurezza alimentare" nel 2018 e nel 2021 " Il ruolo dell'Autorità competente alla luce del Regolamento 625/2017 e dell'emergenza Covid-19".

Tale ultimo evento, oltre ad approfondire la conoscenza della normativa sui controlli ufficiali e dei suoi aspetti applicativi, ha consentito di analizzare i rapporti fra sicurezza alimentare ed emergenza Covid-19, le



implicazioni sulla sicurezza sul lavoro degli addetti al controllo ufficiale e le nuove tecniche di svolgimento dello stesso. L'emergenza dovuta al Covid-19 ha comportato, infatti, la necessità di adottare nuove modalità di esecuzione del controllo ufficiale con l'implementazione di controlli da remoto rappresentando, quindi, una straordinaria opportunità di crescita per i servizi, stimolandone l'informatizzazione e l'innovazione tecnologica e contribuendo a costruire il know-how necessario alla gestione di eventi emergenziali.

Il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) é lo strumento che consente, con le numerose informazioni ad oggi disponibili sul Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), di misurare, secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia, e della appropriatezza, che tutti i cittadini italiani ricevano le cure e le prestazioni rientranti nei Livelli essenziali di assistenza (LEA).

Per quanto riguarda le attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, il Molise fa registrare un punteggio di 94,64, superiore pertanto alla soglia di sufficienza pari a 60.

Regione	P12Z Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale			
	peso	punteggio	MOR	punteggio
PIEMONTE	2	93,00	0	93,00
VALLE D'AOSTA	2	83,77	0	83,77
LOMBARDIA	2	99,76	0	99,76
PROV. AUTON. BOLZANO	2	100,00	0	100,00
PROV. AUTON. TRENTO	2	18,00	0	18,00
VENETO	2	99,28	0	99,28
FRIULI VENEZIA GIULIA	2	100,00	0	100,00
LIGURIA	2	100,00	0	100,00
EMILIA ROMAGNA	2	100,00	0	100,00
TOSCANA	2	99,36	0	99,36
UMBRIA	2	99,04	0	99,04
MARCHE	2	100,00	0	100,00
LAZIO	2	100,00	0	100,00
ABRUZZO	2	76,38	0	76,38
MOLISE	2	94,64	0	94,64
CAMPANIA	2	97,44	0	97,44
PUGLIA	2	100,00	0	100,00
BASILICATA	2	100,00	0	100,00



CALABRIA	2	95,28	0	95,28
SICILIA	2	98,88	0	98,88
SARDEGNA	2	98,64	0	98,64

In Italia, la sorveglianza dei focolai di tossinfezione alimentare avviene secondo il flusso previsto dal DM del 15 dicembre del 1990. Il Decreto prevede la suddivisione delle malattie infettive in 5 classi. In particolare la quarta (su notifica effettuata dal medico entro 24 ore dal sospetto di un caso di malattia) include le infezioni, tossinfezioni e infestazioni di origine alimentare (quando si verificano in forma di focolaio). Tuttavia questi dati sono spesso distorti, oltre che dalla sottonotifica, dalla mancata diagnosi eziologica attribuibile a uno scarso ricorso ad accertamenti di laboratorio. Inoltre, la trasmissione delle informazioni è spesso poco tempestiva e non permette di condurre tutte le indagini necessarie a stabilire la fonte e le modalità di trasmissione. Su notifica del medico, le Aziende sanitarie trasmettono alla Regione la segnalazione dei patogeni responsabili, in classi diverse a seconda della pericolosità dell'agente e dell'estensione dell'episodio (caso singolo o focolaio epidemico).

Nel 2009, in Italia, il numero di segnalazioni di focolai di tossinfezioni alimentari è stato di 248. Per ogni focolaio segnalato, il totale di casi è stato pari a 1451. L'Emilia Romagna è risultata essere la regione che segnala il maggior numero di episodi (20% del totale nazionale), seguita da Piemonte (15%), Provincia autonoma di Bolzano (14%), Lazio (10%) e da tutte le altre Regioni.

I microrganismi maggiormente implicati nell'eziologia degli episodi sono rappresentati dalle Salmonelle spp. (45%), seguite da forme virali (17%). Il Campylobacter risulta essere implicato solo nel 1,2% dei casi al contrario di quanto osservato in altri Paesi europei. Purtroppo il 33% dei focolai epidemici non presenta indicazione sull'eziologia degli episodi o non specifica il microrganismo responsabile.

La Regione ha promosso la partecipazione di personale ASReM all'Evento Formativo "Indagine e gestione focolaio di tossinfezione alimentare. Formazione teorico-pratica per le autorità competenti volta a promuovere integrazione operativa medico-veterinaria e la consapevolezza delle specificità del contesto di focolaio", tenutosi presso il Ministero della Salute il 15-17 ottobre 2019.

Il Precedente Piano Regionale prevedeva, inoltre, al pari dell'attuale il sostegno ai sistemi di sorveglianza sugli stili di vita: OKkio alla Salute e HBSC che consentono di ottenere informazioni sull'andamento dello stato ponderale e sulle abitudini alimentari di bambini e adolescenti. Attraverso la rete dei promotori della salute, la Regione ha sempre garantito lo svolgimento delle indagini nei tempi previsti.

Particolare attenzione è stata posta al problema della malnutrizione dell'anziano con il progetto, "Istituzione del centro regionale per la sorveglianza nutrizionale e la prevenzione, diagnosi e terapia dell'obesità e delle malattie cronico-degenerative" e la stesura di Linee Guida per la Nutrizione nelle Residenze per Anziani del Molise realizzate nel 2015..

4.3.3 Scheda di programma

4.3.3.1 Descrizione dal PNP

Il programma "Alimenti e salute" punta all'integrazione di aspetti legati alla sicurezza degli alimenti con quelli nutrizionali, con l'obiettivo di promuovere a vari livelli una dieta sana e sostenibile, attraverso la costruzione di collaborazioni intersettoriali con i soggetti che intervengono lungo tutta la filiera agroalimentare.

Il programma è indirizzato in primis agli operatori addetti al controllo ufficiale, oltre al personale che opera nei servizi di Nutrizione clinica o territoriale, ma coinvolge gli operatori sanitari appartenenti a servizi che a vario titolo si occupano dei temi dell'alimentazione e della nutrizione e che operano sia a livello ospedaliero che distrettuale.

Pianificare un percorso comune che includa i MMG e PLS e inserirlo nel Piano Formativo Aziendale permetterà il confronto fra operatori e l'ampliamento delle visioni complessive delle problematiche, oltre che delle opportunità di "Guadagnare Salute".

Saranno attuati interventi formativi, coordinati a livello regionale, finalizzati alla formazione/aggiornamento degli operatori sanitari sulle tematiche inerenti: caratteristiche e impatto sulla salute, sia dal punto di vista nutrizionale che della sicurezza, delle diverse componenti degli alimenti, elementi per la valutazione costo-beneficio delle scelte nutrizionali, caratteristiche e impatto sull'ambiente dei principali ingredienti degli alimenti, importanza e strumenti a disposizione per promuovere la riduzione degli sprechi.

Saranno previsti inoltre interventi formativi destinati alle autorità competenti relativamente all'attuazione dei Reg. 1924/2006, relativo alle indicazioni nutrizionali e sulla salute fornite sui prodotti alimentari, e 1169/2011 relativo alle informazioni sugli alimenti ai consumatori.

Saranno programmati inoltre interventi formativi sulle malattie trasmesse dagli alimenti indirizzati agli operatori sanitari.

Il Controllo ufficiale delle sostanze alimentari garantisce la salubrità degli alimenti con una costante e capillare attività di sorveglianza, attuata con ispezioni e audit sugli operatori alimentari (stabilimenti e ristorazione), il prelievo di campioni e la ricerca di contaminanti microbiologici, chimici ed allergeni e, in caso di rischio per la salute pubblica, con la tempestiva attivazione del sistema di allerta alimenti.

La valutazione integrata dei dati analitici di natura ambientale con quelli derivanti dall'analisi degli alimenti permette di eseguire valutazioni di natura epidemiologica che possono consentire una riprogrammazione maggiormente mirata dell'attività di campionamento.

Tale aspetto richiede anche un'adeguata capacità della rete dei laboratori pubblici che possa consentire, in un contesto di sempre maggiore integrazione fra i diversi laboratori, il più ampio spettro di possibilità analitiche da parte degli stessi.

L'anagrafe aggiornata degli stabilimenti di produzione, implementata secondo criteri nazionali condivisi, consente di individuare con precisione i produttori di eventuali alimenti non conformi, nei confronti dei quali poter adottare gli opportuni interventi correttivi.

L'attività di audit rappresenta la tecnica di controllo ufficiale più completa tra quelle previste in origine dal Reg. (CE) 882/2004, oggi dal Reg. (CE) 625/2017.

Lo svolgimento di tali attività consente di applicare in pieno i dettami della normativa europea e di soddisfare i fabbisogni legati agli adempimenti LEA.

È necessario sviluppare la consapevolezza negli attori del sistema sanitario del forte impatto che hanno le emergenze sanitarie di origine alimentare sulla sanità pubblica, sia in termini di salute collettiva, sia in termini economici, riflettendosi sulla spesa sanitaria e sul sistema agro-alimentare e promuovere modelli virtuosi di integrazione operativa tra servizi e organismi del sistema sanitario, con la finalità di ottimizzare indagini e controllo delle emergenze e di migliorare i sistemi di allerta.

A tale scopo, appare fondamentale il coordinamento ottimale delle indagini epidemiologiche e delle risposte nei diversi ambiti disciplinari coinvolti, dalla diagnosi tempestiva nell'uomo, all'isolamento dell'agente patogeno dai casi di infezione e dalla catena alimentare, alla sua caratterizzazione molecolare, attività quest'ultima che può beneficiare del rapido progresso tecnologico delle tecniche di sequenziamento genomico.

Le reazioni avverse al cibo rappresentano una componente in costante crescita dei quadri clinici riscontrati nelle popolazioni. Con il Regolamento CE 1169/2011 sono state emanate le indicazioni sulle informazioni da fornire al consumatore finale in merito alle sostanze o ai prodotti che possono provocare allergie o

intolleranze alimentari ciò assommandosi a quanto stabilito dalla L. 123/2005 (Norme per la protezione di soggetti malati di celiachia).

Il Regolamento 1924/2006 stabilisce le regole per l'utilizzo delle indicazioni nutrizionali e di salute (Claims) che possono essere rivendicate sulle etichette degli alimenti e/o con la pubblicità

I dati prodotti periodicamente dall'Osservatorio Nazionale per il Monitoraggio della Iodoprofilassi in Italia dimostrano che, nonostante qualche miglioramento, ancora il programma di iodoprofilassi non ha raggiunto in Italia standard di efficienza realmente accettabili; diviene quindi del tutto importante in ottica di profilassi attuare azioni di controllo ufficiale volte a verificare che gli OSA presso i punti vendita e di ristorazione collettiva rispettino quanto stabilito dalla normativa in materia.

Saranno mantenuti i sistemi di sorveglianza sulla salute e gli stili di vita, quali strumenti indispensabili per analizzare i bisogni di salute e costruire le basi informative a supporto dell'programmazione degli interventi di prevenzione e valutarne i risultati: "OKkio alla Salute", "HBSC", "PASSI" e PASSI d'Argento.

Saranno consolidate le attività di vigilanza nutrizionale nella ristorazione collettiva (scolastica in particolare) con appositi strumenti (schede di valutazione del rischio nutrizionale), da attuare in concomitanza alle ordinarie attività di controllo ufficiale sugli OSA.

Tali attività saranno integrate con azioni di informazione e formazione degli operatori, interventi di miglioramento della qualità nutrizionale dell'offerta alimentare (limitazioni nel contenuto del sale, utilizzo di sale iodato, gestione del rischio allergeni e diete speciali, corretta porzionatura degli alimenti, promozione dei consumi di frutta e verdura, gestione avanzata e limitazione sprechi alimentari, ecc.).

Particolare attenzione verrà posta al miglioramento della salute dell'anziano per gli aspetti nutrizionali (con particolare riguardo alla malnutrizione per difetto) secondo gli indirizzi del Ministero della Salute del luglio 2020.

4.3.3.2 Sintesi delle principali evidenze e buone pratiche e relative fonti

Il Controllo Ufficiale rappresenta uno dei cardini dell'area d'intervento "La sicurezza alimentare e la tutela della salute del consumatore", compresa nel Livello essenziale "Prevenzione collettiva e Sanità Pubblica", da implementare al fine di raggiungere gli obiettivi di salute previsti dai LEA approvati con DPCM 12 gennaio 2017.

Il considerando 28 del Regolamento 625/2017, sui controlli ufficiali e sulle altre attività ufficiali effettuate per garantire l'applicazione della legislazione sugli alimenti e sui mangimi, delle norme sulla salute e sul benessere degli animali, sulla sanità delle piante, nonché sui prodotti fitosanitari ribadisce la necessità che il personale addetto ai controlli ufficiali e alle altre attività ufficiali riceva regolarmente formazione sulla legislazione applicabile, conformemente al suo ambito di competenza professionale, oltre che in merito agli obblighi derivanti dal Regolamento.

Anche se gli obiettivi originari e i principali componenti dell'attuale legislazione sull'etichettatura continuano ad essere validi, il regolamento 1169/2011 è volto a razionalizzarla al fine di agevolarne il rispetto ed accrescere la chiarezza per le parti interessate.

Il campo di applicazione, salvo requisiti di etichettatura stabiliti da specifiche disposizioni dell'Unione per particolari alimenti, riguarda:

gli operatori del settore alimentare in tutte le fasi della catena alimentare quando le loro attività riguardano le informazioni sugli alimenti ai consumatori;



tutti gli alimenti destinati al consumatore finale, compresi quelli forniti dalle collettività e a quelli destinati alla fornitura delle collettività;

i servizi di ristorazione forniti da imprese di trasporto quando il luogo di partenza si trovi nel territorio di Stati membri cui si applica il Trattato.

Il Regolamento 1924/2006 stabilisce le regole per l'utilizzo delle indicazioni nutrizionali e di salute (Claims) che possono essere rivendicate sulle etichette degli alimenti e/o con la pubblicità

L'alimentazione è considerata come uno dei principali fattori che possono contribuire a migliorare la qualità della vita garantendo uno stato di salute ottimale e prevenendo o ritardando lo sviluppo delle malattie correlate all'invecchiamento. D'altro canto però è indubbio che un errato rapporto con il cibo possa essere alla base dell'instaurarsi di patologie non trasmissibili (metaboliche, cardiovascolari e tumorali), dell'obesità, ma anche dei disturbi del comportamento alimentare tra i quali l'anoressia, la bulimia e gli eccessi di controllo dietetico.

Nutrizione adeguata e salute sono considerate diritti umani fondamentali dal momento che lo stato di benessere delle popolazioni è fortemente influenzato dalla qualità e quantità dell'alimentazione. Lo sviluppo ed il benessere fisico e mentale umano sono legati alla composizione e quantità degli alimenti che vengono assunti, mentre una alimentazione squilibrata o scorretta può generare condizioni di disordine o patologie talora letali. Per evitare l'insorgere di malnutrizione, sia per difetto (denutrizione) che per eccesso (sovralimentazione), sono stati studiati e divulgati modelli di nutrizione che cercano di uniformare i livelli di assunzione di calorie, di nutrienti e di micronutrienti, definiti standard nutrizionali, disponibili per varie fasce di età e di condizione fisica. Tra i modelli di riferimento viene proposta la vera dieta mediterranea, diventata ormai patrimonio culturale dell'umanità.

-Linee Guida CREA 2017;

-“Linee di indirizzo rivolte agli enti gestori di mense scolastiche, aziendali, ospedaliere, sociali e di comunità, al fine di prevenire e ridurre lo spreco connesso alla somministrazione degli alimenti approvate in Conferenza Unificata il 19 aprile 2018;

-LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALE PER LA RISTORAZIONE SCOLASTICA approvate in Conferenza Stato-Regioni e pubblicate in G.U. n. 134 dell'11 giugno 2010;

-LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALE PER LA RISTORAZIONE OSPEDALIERA E ASSISTENZIALE approvate in Conferenza Stato-Regioni il 16 dicembre 2010 e pubblicate in G.U. n. 37 del 15 febbraio 2011;

-Miglioramento della salute dell'anziano per gli aspetti nutrizionali (con particolare riguardo alla malnutrizione per difetto), Linee d'indirizzo del Ministero della Salute, luglio 2020;

-<https://www.epicentro.iss.it/passi/infoPassi/infoGen>

-<https://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/indagine-2019>

-<https://www.epicentro.iss.it/hbsc/pdf/report/molise-2018.pdf>

-Rapporto ISTISAN 21/6 - Monitoraggio della iodoprofilassi in Italia. Dati 2015-2019. A cura di Antonella Olivieri, Simona De Angelis

-Linee guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età adulta https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2441

4.3.4 Obiettivi e indicatori delle azioni trasversali



INTERSETTORIALITÀ

PL13_OT02	Instaurare un confronto sulle tematiche della dieta sana e sostenibile, la riduzione dello spreco e la promozione dei prodotti locali con gli Enti Locali e Portatori d'interesse
PL13_OT02_IT02	sottoscrizione di accordi con Enti Locali e portatori d'interesse per la promozione di una dieta sana
formula	n. accordi sottoscritti con Enti Locali e portatori d'interesse per la promozione di una dieta sana
Standard	20
Fonte	Regione

FORMAZIONE

PL13_OT03	Attuare programmi di formazione annuali diretti al personale addetto al controllo ufficiale, al personale sanitario a vario titolo coinvolto nelle tematiche dell'alimentazione e nutrizione, agli operatori del settore alimentare
PL13_OT03_IT03	Formazione (A)
formula	Disponibilità di un programma di formazione congiunta e intersettoriale, che preveda la partecipazione degli operatori dei servizi sanitari e socio sanitari (inclusi i MMG e i PLS) e di rappresentanze di tutti gli Attori coinvolti nella realizzazione delle azioni previste dal Programma, che includa il tema della progettazione partecipata di interventi interdisciplinari e intersettoriali.
Standard	Realizzazione di almeno un percorso formativo, ogni anno a partire dal 2022
Fonte	Regione

COMUNICAZIONE

PL13_OT04	Realizzare campagne informative/formative dirette ai consumatori in tema di sicurezza alimentare, tutela della salute e promozione di stili alimentari sani
PL13_OT04_IT04	Comunicazione ed informazione
formula	Realizzazione di interventi di informazione e comunicazione sociale (compreso il marketing sociale) mirate a target e contesti specifici (ad es. amministratori, opinion leader, scuole, genitori, educatori sociali, operatori, associazioni, ecc.)
Standard	Progettazione e produzione di strumenti/materiali per iniziative di informazione e di comunicazione sociale entro il 2022 - almeno un intervento di comunicazione sociale, a carattere sperimentale, entro il 2023 - realizzazione di almeno un intervento di comunicazione sociale ogni anno a partire dal 2024
Fonte	Regione

EQUITÀ

PL13_OT01	Orientare gli interventi a criteri di equità; aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative
PL13_OT01_IT01	Lenti di equità



formula	adozione dell'HEA
Standard	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2022
Fonte	Regione

4.3.5 Obiettivi e indicatori specifici

PL13_OS01	Migliorare il sistema di sorveglianza e gestione delle Malattie a Trasmissione Alimentare
PL13_OS01_	Costituzione di un gruppo di lavoro tra servizi e organismi del sistema sanitario, con la finalità di ottimizzare indagini e controllo delle emergenze e di migliorare i sistemi di allerta
formula	Servizi e organismi del sistema sanitario coinvolti nel Gruppo di lavoro/servizi e organismi previsti
Standard	100%
Fonte	Regione
PL13_OS02	Migliorare l'offerta alimentare salutare nella ristorazione collettiva e pubblica
PL13_OS02_	Percentuale di imprese alimentari appartenenti al settore della ristorazione che hanno ampliato la propria offerta includendo cibi/menù salutari
formula	n. imprese alimentari appartenenti al settore della ristorazione che hanno ampliato la propria offerta includendo cibi o menù salutari/ imprese alimentari appartenenti al settore della ristorazione contattate
Standard	10%
Fonte	ASReM
PL13_OS03	Sostenere i sistemi di sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione
PL13_OS03_	Coordinamento dei sistemi di sorveglianza in età evolutiva e Sostegno ai sistemi di sorveglianza in età adulta e anziana
formula	Report regionali sui risultati delle sorveglianze
Standard	100%
Fonte	Regione
PL13_OS04	Promuovere una dieta sana e stili di vita salutari nei percorsi dedicati alle principali patologie croniche
PL13_OS04_	Integrazione degli interventi a sostegno di sani stili di vita per la prevenzione MCNT
formula	Report sulla realizzazione degli interventi integrati
Standard	presenza
Fonte	ASReM
PL13_OS05	Garantire l'efficacia delle attività di Controllo Ufficiale da parte delle Autorità competenti
PL13_OS05_	Programma di formazione regionale delle Autorità Competenti
formula	Personale formato sugli specifici ambiti del CU/ personale addetto al CU*100
Standard	Il considerando 28 del Regolamento 625/2017, sui controlli ufficiali e sulle altre attività ufficiali effettuate per garantire l'applicazione della legislazione sugli alimenti e sui mangimi, delle



	norme sulla salute e sul benessere degli animali, sulla sanità delle piante, nonché sui prodotti fitosanitari ribadisce la necessità che il personale addetto ai controlli ufficiali e alle altre attività ufficiali riceva regolarmente formazione sulla legislazione applicabile, conformemente al suo ambito di competenza professionale, oltre che in merito agli obblighi derivanti dal Regolamento. Va pertanto garantita la formazione del 100% del personale addetto al CU e il periodico aggiornamento per il mantenimento della qualifica secondo le indicazioni del programma di formazione regionale.
Fonte	Regione

4.3.6 Azioni

PROGRAMMA	PL13
TITOLO AZIONE (1 di 11)	Costituzione dell'osservatorio sullo stato nutrizionale della popolazione molisana
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.3 Implementazione, integrazione e miglior utilizzo dei sistemi di sorveglianza, registri
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS03 Sostenere i sistemi di sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione	
	Coordinamento dei sistemi di sorveglianza in età evolutiva e Sostegno ai sistemi di sorveglianza in età adulta e anziana
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT04 Realizzare campagne informative/formative dirette ai consumatori in tema di sicurezza alimentare, tutela della salute e promozione di stili alimentari sani	
OT04IT04	Comunicazione ed informazione
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età
SETTING	comunità

DESCRIZIONE

La Regione Molise ha approvato la legge 9 agosto 2017, n. 9 “Interventi in materia di obesità infantile e giovanile” dopo un lungo iter, riscontrando unanime consenso legislativo e politico-amministrativo su un tema di rilevanza socio-sanitaria.

La disposizione normativa riconosce la prevenzione e la cura dell'obesità infantile e giovanile quali strumenti efficaci per la tutela della salute e del benessere dei minori d'età ed identifica gli aspetti sanitari, psicologici, sociali ed economici connessi alle condizioni di sovrappeso e di obesità infantile e giovanile.

La Legge Regionale tiene conto, inoltre, della correlazione tra le condizioni di sovrappeso e obesità nei minori e la probabilità di diventare adulti interessati da malattie derivanti da un eccesso di peso.



Gli obiettivi previsti sono:

- Promuovere attività di monitoraggio e di rilevazioni statistiche sul fenomeno e sui comportamenti a rischio al fine di controllare l'evoluzione dell'epidemia, di valutare l'efficacia delle azioni di prevenzione e contrasto realizzate e di programmare ulteriori misure d'intervento;
- promuovere diete sane, attività fisica e iniziative volte a migliorare le abitudini alimentari;
- favorire la cultura della salute e dell'igiene infantile nella pratica educativa attraverso la migliore nutrizione ed il vivere all'aria aperta;
- programmare efficaci strategie di comunicazione e informazione;
- favorire la collaborazione multisettoriale;
- applicare criteri di priorità nelle gare per l'attribuzione del servizio di mensa scolastica;
- concorrere alla formazione permanente e integrata del personale socio-sanitario e scolastico;
- impegnare il settore privato e le associazioni di volontariato a sostenere politiche di prevenzione e contrasto;
- promuovere il rilancio di un'azione educativa anche in ambito scolastico, ispirata al contatto con la natura e i prodotti da essa derivanti;
- promuovere il rilancio di un'azione educativa, anche in ambito scolastico, ispirata al contatto con la natura e con i prodotti da essa derivanti.

La legge ha la finalità di dare origine ad un sistema organico costituito dalla “Commissione regionale per l'obesità infantile e giovanile”, dal “Registro regionale dell'obesità infantile e giovanile” e, ancora, dall' “Osservatorio regionale sull'obesità infantile”, dando origine ad un sistema organico.

L'aggiornamento e la rimodulazione di tali organismi, che non resti limitato alla sola fascia di età infantile-giovanile e alla malnutrizione per eccesso, consentirà il raccordo con le attività del TaSiN (Tavolo sicurezza Nutrizionale), con funzione di osservatorio, relativamente all'acquisizione di informazioni sullo stato di nutrizione della popolazione con particolare riferimento alla malnutrizione per eccesso e per difetto.

Va considerato che, in collaborazione con l'Università degli Studi del Molise, negli anni 2012-2015 l'ASReM ha attivato il progetto “Istituzione del centro regionale per la sorveglianza nutrizionale e la prevenzione, diagnosi e terapia dell'obesità e delle malattie cronico-degenerative”.

PROGRAMMA	PL13
TITOLO AZIONE (2 di 11)	Sostegno ai sistemi di sorveglianza
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP



SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.4 Implementazione e miglior utilizzo di sistemi informativi (quantitativi e qualitativi) regionali
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS03 Sostenere i sistemi di sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione	
	Coordinamento dei sistemi di sorveglianza in età evolutiva e Sostegno ai sistemi di sorveglianza in età adulta e anziana
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT04 Realizzare campagne informative/formative dirette ai consumatori in tema di sicurezza alimentare, tutela della salute e promozione di stili alimentari sani	
OT04IT04	Comunicazione ed informazione
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età
SETTING	comunità;scuola

DESCRIZIONE

La creazione di una rete di promotori della salute, attivata per la conduzione delle indagini sugli stili di vita in ambito scolastico di cui al PP01, opportunamente rinnovata e potenziata, dovrà garantire lo svolgimento delle indagini di sorveglianza, l'elaborazione dei dati a livello regionale e la diffusione delle informazioni alla popolazione, anche in raccordo con le attività di comunicazione previste dai programmi PP01 e PP02.

PROGRAMMA	PL13
TITOLO AZIONE (3 di 11)	Percorso formativo personale sanitario sui temi della sicurezza alimentare e nutrizionale
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.1 Formazione operatori sanitari e sociosanitari
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS04 Promuovere una dieta sana e stili di vita salutari nei percorsi dedicati alle principali patologie croniche	
	Integrazione degli interventi a sostegno di sani stili di vita per la prevenzione MCNT
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT03 Attuare programmi di formazione annuali diretti al personale addetto al controllo ufficiale, al personale sanitario a vario titolo coinvolto nelle tematiche dell'alimentazione e nutrizione, agli operatori del settore alimentare	
OT03IT03	Formazione (A)
CICLO DI VITA	età lavorativa
SETTING	servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

Alimentazione e nutrizione sono tematiche che non riguardano esclusivamente i servizi addetti al controllo ufficiale o di Nutrizione clinica o territoriale, ma coinvolgono gli operatori sanitari appartenenti a numerosi servizi che operano sia a livello ospedaliero che distrettuale.

Pianificare un percorso comune che includa anche i MMG e PLS e inserirlo nel Piano Formativo Aziendale permetterà il confronto fra operatori e l'ampliamento della visione complessiva delle problematiche, oltre che delle opportunità di "Guadagnare Salute".

Saranno attuati interventi formativi, coordinati a livello regionale, finalizzati alla formazione/aggiornamento degli operatori sanitari sulle tematiche inerenti: caratteristiche e impatto sulla salute, sia dal punto di vista nutrizionale che della sicurezza, delle diverse componenti degli alimenti, elementi per la valutazione costo-beneficio delle scelte nutrizionali, caratteristiche e impatto sull'ambiente dei principali ingredienti degli alimenti, importanza e strumenti a disposizione per promuovere la riduzione degli sprechi.

PROGRAMMA	PL13
TITOLO AZIONE (4 di 11)	Percorso formativo del personale addetto al CU
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.1 Formazione operatori sanitari e sociosanitari
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 Migliorare il sistema di sorveglianza e gestione delle Malattie a Trasmissione Alimentare	
	Costituzione di un gruppo di lavoro tra servizi e organismi del sistema sanitario, con la finalità di ottimizzare indagini e controllo delle emergenze e di migliorare i sistemi di allerta
OS05 Garantire l'efficacia delle attività di Controllo Ufficiale da parte delle Autorità competenti	
	Programma di formazione regionale delle Autorità Competenti
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT03 Attuare programmi di formazione annuali diretti al personale addetto al controllo ufficiale, al personale sanitario a vario titolo coinvolto nelle tematiche dell'alimentazione e nutrizione, agli operatori del settore alimentare	
OT03IT03	Formazione (A)
CICLO DI VITA	età lavorativa
SETTING	servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE



Il Controllo Ufficiale rappresenta uno dei cardini dell'area d'intervento "La sicurezza alimentare e la tutela della salute del consumatore", compresa nel Livello essenziale "Prevenzione collettiva e Sanità Pubblica", da implementare al fine di raggiungere gli obiettivi di salute previsti dai LEA approvati con DPCM 12 gennaio 2017.

Il considerando 28 del Regolamento 625/2017, sui controlli ufficiali e sulle altre attività ufficiali effettuate per garantire l'applicazione della legislazione sugli alimenti e sui mangimi, delle norme sulla salute e sul benessere degli animali, sulla sanità delle piante, nonché sui prodotti fitosanitari, ribadisce la necessità che il personale addetto ai controlli ufficiali e alle altre attività ufficiali riceva regolarmente formazione sulla legislazione applicabile, conformemente al suo ambito di competenza professionale, oltre che in merito agli obblighi derivanti dal Regolamento.

Al personale addetto al Controllo Ufficiale verrà offerto un Percorso Formativo, in continuità con le attività già svolte a livello Regionale e Aziendale, sui nuovi aspetti inerenti la propria attività, a seguito dell'entrata in vigore del Regolamento (CE) 625/2017 e dei relativi decreti attuativi, in particolare alla luce del considerando 1: "... sia garantito un elevato livello di protezione della salute umana e animale nonché dell'ambiente. È opportuno perseguire tale obiettivo anche attraverso misure nei settori veterinario e fitosanitario il cui obiettivo finale sia la protezione della salute umana", anche attraverso la creazione di un Sistema di Gestione Integrato per i controlli ufficiali (IMSOC).

In particolare, i programmi regionali di formazione delle Autorità competenti avranno la finalità di garantire l'attuazione dei Reg. 1924/2006 e 1169/2011 per quanto riguarda le indicazioni nutrizionali e salutistiche fornite sui prodotti alimentari.

Verranno attivate iniziative per favorire una formazione specifica e aggiuntiva degli operatori sanitari nel settore dei fitosanitari con riguardo agli articoli 28, 46, 52, 53, 55, 67, 68 del regolamento CE N 1107/2009.

Verrà dunque proseguita, validata e verificata l'attività formativa diretta al personale che svolge il CU secondo parametri prestabiliti e valutati annualmente.

PROGRAMMA	PL13
TITOLO AZIONE (5 di 11)	Prevenzione delle patologie del cavo orale
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.4 Formazione congiunta "operatori sanitari e sociosanitari e settore Scuola"
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS02 Migliorare l'offerta alimentare salutare nella ristorazione collettiva e pubblica	
	Percentuale di imprese alimentari appartenenti al settore della ristorazione che hanno ampliato la propria offerta includendo cibi/menù salutari
OS04 Promuovere una dieta sana e stili di vita salutari nei percorsi dedicati alle principali patologie croniche	

	Integrazione degli interventi a sostegno di sani stili di vita per la prevenzione MCNT
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT03 Attuare programmi di formazione annuali diretti al personale addetto al controllo ufficiale, al personale sanitario a vario titolo coinvolto nelle tematiche dell'alimentazione e nutrizione, agli operatori del settore alimentare	
OT03IT03	Formazione (A)
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età
SETTING	comunità;scuola;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

La salute orale ha importanti riflessi sulla qualità della vita, per le sue implicazioni sociali e relazionali, oltre che funzionali e nutrizionali.

E' necessario attivare un percorso virtuoso che coinvolga i genitori sin dal periodo prenatale, prosegua dopo la nascita prima dell'eruzione dei denti decidui e che si basi su misure di igiene orale e corrette abitudini alimentari. Il ruolo del ginecologo e del pediatra appaiono pertanto fondamentali.

La frequentazione del nido, della scuola dell'infanzia e di quella primaria consentono sia di acquisire nozioni e modelli comportamentali che si riveleranno efficaci nel prevenire patologie come quella cariosa che, secondo la World Health Organization (W.H.O.), rappresenta una delle affezioni più diffuse tanto da essere considerata una malattia sociale con alti tassi di incidenza in tutti i paesi del mondo e la quarta patologia da trattare, più costosa in termini economici.

Numerosi studi clinico-epidemiologici hanno messo in relazione il consumo di zuccheri fermentabili con l'alta incidenza di carie (Parisotto TM, 2015; Chopra A, 2015). In numerosi studi, è stato evidenziato come il saccarosio giochi un ruolo cruciale nello sviluppo della carie poiché, oltre ad andare incontro a una fermentazione con produzione di acidi deboli, risulta essere in grado di produrre glucani insolubili. Tuttavia, secondo molti Autori, l'elemento più importante nella genesi della patologia cariosa, non sarebbe la dose di carboidrati assunta complessivamente ma la frequenza con la quale questi vengono assunti (WHO Guidelines 2015; Chen X, 2014; Karjalainen, 2007).

L'attenzione al tipo di cibo e alla frequenza di assunzione, specie di quello ad alto contenuto di zuccheri, può svolgere un ruolo preventivo importante nella genesi della patologia cariosa così come risulta necessaria l'implementazione di adeguati programmi di sensibilizzazione e informazione in tal senso.

Sebbene intervengano fattori genetici e familiari, l'alimentazione, assieme al fumo e al consumo di alcol, gioca un ruolo importante anche nella genesi della malattia parodontale.

Intervenire, pertanto, su tali comportamenti, che costituiscono importanti fattori di rischio per l'insorgenza delle patologie croniche, ha come risultato la prevenzione e la migliore gestione della malattia parodontale.

Diversi studi longitudinali confermano che il fumo è il primo fattore di rischio ambientale per le malattie parodontali; più si fuma e maggiore è il rischio di sviluppare la malattia, per di più in forma grave (Ismail Al et al., 1983; Bergstrom J e Eliasson S, 1987; Haffajee AD e Socransky SS, 2001).

Il diabete insulino dipendente (Cianciola JL et al., 1982; Haber J et al 1991; Katz RR et al., 1991), la sindrome di Down, l'artrite reumatoide, l'infezione da HIV (Mataftsi M et al. 2011) sono patologie che



rendono l'individuo più suscettibile alle affezioni parodontali. Le malattie parodontali, responsabili di una situazione di infiammazione cronica con rilascio di mediatori infiammatori in circolo, possono rappresentare, inoltre, un fattore di rischio per le patologie cardiovascolari (Humphrey LL et al., 2008; Blaizot A, 2009; Tonetti MS et al., 2013), il diabete, il parto pretermine e la nascita di neonati di basso peso rispetto all'età gestazionale (Jared H et al., 2009; Ebersole JL et al., 2009). È stata segnalata, inoltre, un'associazione con l'artrite reumatoide (Farquharson D et al., 2012; Scher JU et al., 2012). In pazienti parodontopatici con diabete di tipo 2 poco controllato, la terapia delle malattie parodontali può ridurre i livelli di HbA1c (Otomo-Corgel J et al., 2012; Simpson TC et al., 2010).

Meno del 15% dei pazienti con neoplasia del cavo orale ha riferito di aver ricevuto adeguate informazioni sul cancro orale da parte dei medici. Fattori di rischio sono il fumo di tabacco, l'abuso di alcolici, la malnutrizione, la dieta povera di frutta e verdure fresche, la scarsa igiene orale, diversi agenti infettivi quali Candida, virus di Epstein Barr, virus dell'epatite C, Papillomavirus. Importanti, inoltre, sono l'associazione alcol-tabacco e la presenza di condizioni precancerose. Infine, un ruolo importante svolto nel determinismo dei tumori del cavo orale è quello delle abitudini viziate quali la masticazione del tabacco e la presenza di fattori traumatici cronici.

Il tipo di dieta è stato associato al cancro orale, infatti i dati attualmente presenti in letteratura dicono che una dieta ricca di frutta e verdura non amidacee, con cibi contenenti carotenoidi, è associata a una diminuita probabilità di sviluppare tumori della bocca.

Verrà prevista, pertanto, la formazione del personale sanitario e del personale del settore scuola su tali temi in accordo con il programma PP01 e PP02.

La promozione di una dieta sana nell'ambito della ristorazione collettiva e pubblica contribuirà al raggiungimento dell'obiettivo di riduzione della prevalenza delle patologie del cavo orale.

EQUITA'

Dati ISTAT relativi al 2013 evidenziano come siano marcate le disuguaglianze sociali nella salute e nella prevenzione orale, nonché nell'accesso alle cure, a svantaggio delle persone poco istruite o con scarse risorse economiche. Le persone anziane che hanno conseguito la laurea hanno un rischio nettamente più basso di perdere tutti i denti naturali (OR=0,37).

Generalmente l'adozione di comportamenti virtuosi di prevenzione e cura in età giovanile ed adulta, più frequente nelle persone con titolo di studio medio-alto, produce effetti positivi nell'età anziana.

L'edentulismo totale diminuisce soprattutto tra gli anziani laureati, passando dal 23,7% nel 2005 al 17,9%, rimane invece stabile nella popolazione anziana diplomata (circa il 24%) e in quella che ha raggiunto al massimo la licenza media (42%). Inoltre tra gli anziani edentuli con basso titolo di studio la quota di chi non ha sostituito alcun dente con protesi né con impianti è quadrupla rispetto ai più istruiti (9,0% contro 2,1% tra i laureati).

PROGRAMMA	PL13
TITOLO AZIONE (6 di 11)	Formazione/informazione Operatori del Settore Alimentare



CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.7 Formazione operatori di altri Settori (es. OSA, Associazioni, RLSP, ecc.)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS04 Promuovere una dieta sana e stili di vita salutari nei percorsi dedicati alle principali patologie croniche	
	Integrazione degli interventi a sostegno di sani stili di vita per la prevenzione MCNT
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT03 Attuare programmi di formazione annuali diretti al personale addetto al controllo ufficiale, al personale sanitario a vario titolo coinvolto nelle tematiche dell'alimentazione e nutrizione, agli operatori del settore alimentare	
OT03IT03	Formazione (A)
CICLO DI VITA	età lavorativa
SETTING	ambiente di lavoro

DESCRIZIONE

L'abolizione dell'obbligo del rilascio-rinnovo del libretto di idoneità sanitaria per gli alimentaristi e l'attivazione di un percorso formativo di base e specifico, sulla base di una valutazione del rischio inerente all'attività lavorativa espletata, previsto dalla DGR 372/2008, consente di raggiungere gli operatori del settore alimentare, sia preventivamente nella fase d'inizio della loro attività, sia periodicamente in occasione del rinnovo dell'attestato comprovante il superamento dell'esame finale al termine del corso di formazione.

L'aggiornamento dei programmi previsti da tale Delibera e la sorveglianza da parte del Dipartimento di Prevenzione sulle modalità di svolgimento dei corsi di formazione, unitamente alle risultanze del controllo ufficiale, in particolare per quanto attiene alle Non Conformità rilevate su formazione carente e mancata consapevolezza dell'OSA contribuiranno a un maggiore controllo delle MTA.

Sarà realizzata l'integrazione dei programmi con **referimenti all'uso del sale iodato, alle intolleranze alimentari, agli allergeni, alla gestione dei pericoli negli alimenti e alle indicazioni nutrizionali e sulla salute.**

PROGRAMMA	PL13
TITOLO AZIONE (7 di 11)	Promozione di un'alimentazione salutare in età evolutiva
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLA MODIFICA AMBIENTALE/ORGANIZZATIVA DI UN SETTING PER FAVORIRE L'ADOZIONE COMPETENTE E CONSAPEVOLE DI STILI DI VITA FAVOREVOLI ALLA SALUTE
SOTTOCATEGORIA	3.2 Supporto ai Settori responsabili di un "ambiente organizzato" (setting) nella



PRINCIPALE	adozione di “pratiche raccomandate” per favorire una alimentazione salutare (miglioramento/orientamento di capitolati d'appalto di mense - ristorazione collettiva- e vending, di spuntini/merende, di bar interni, di ristorazione pubblica)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS02 Migliorare l'offerta alimentare salutare nella ristorazione collettiva e pubblica	
	Percentuale di imprese alimentari appartenenti al settore della ristorazione che hanno ampliato la propria offerta includendo cibi/menù salutarì
OS04 Promuovere una dieta sana e stili di vita salutarì nei percorsi dedicati alle principali patologie croniche	
	Integrazione degli interventi a sostegno di sani stili di vita per la prevenzione MCNT
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT02 Instaurare un confronto sulle tematiche della dieta sana e sostenibile, la riduzione dello spreco e la promozione dei prodotti locali con gli Enti Locali e Portatori d'interesse	
OT02IT02	sottoscrizione di accordi con Enti Locali e portatori d'interesse per la promozione di una dieta sana
CICLO DI VITA	infanzia
SETTING	comunità;scuola;comune, Municipalità

DESCRIZIONE

Porre al centro delle azioni di prevenzione e promozione della salute i bambini “fin da piccoli”, e soprattutto nei primi 1000 giorni di vita, può avere un impatto significativo sia sulla loro salute presente e futura sia sul benessere della società. Tale strategia, inoltre, consente di mettere concretamente in pratica l’approccio lifecourse, secondo il quale vanno colte tutte le opportunità di intervento dall’epoca preconcezionale all’età adulta e anche oltre, in quanto questo è il modo migliore per trarre i massimi benefici dalle azioni di salute pubblica.

. Il rischio di sviluppare malattie non è determinato solo da fattori genetici, ma dipende sensibilmente dall’ambiente e in particolare dalla nutrizione. Nel corso degli ultimi decenni, numerosi studi dimostrano la relazione tra errata nutrizione nelle prime fasi di vita ed incremento dell’incidenza delle malattie croniche non trasmissibili (NCD) da adulto. Particolare attenzione va posta all’alimentazione del primo anno di vita, sia incentivando l’allattamento esclusivo al seno per i primi sei mesi di vita, sia pianificando, sulla base delle indicazioni del pediatra, un corretto divezzamento, tenendo conto del modello alimentare della Dieta Mediterranea anche in questa fase.

L’American Academy of Pediatrics raccomanda l’introduzione di alimenti complementari non prima dei 4 mesi compiuti e indica comunque di proseguire l’allattamento al seno esclusivo fino ai 6 mesi di età del bambino.

Il tempo di introduzione degli alimenti durante il divezzamento, quindi, può non essere uguale per tutti i lattanti, infatti esso può dipendere da numerose variabili tra cui le esigenze nutrizionali e lo sviluppo psicomotorio del lattante. Il ruolo di un asilo nido è, oltre a quello di dover espletare le essenziali funzioni educative e sociali, anche quello di assicurare un servizio di ristorazione scolastica in grado di garantire sia la sicurezza alimentare che quella nutrizionale. È importante che la struttura moduli la propria organizzazione assicurando una continuità con le indicazioni alimentari del pediatra, in particolar modo fino al primo anno di vita. Di qui la necessaria alleanza nido-famiglia-pediatra con lo scopo di soddisfare tutte le esigenze dei piccoli utenti.



Le Linee di indirizzo nazionale per la ristorazione scolastica muovono dall'esigenza di facilitare, sin dall'infanzia, l'adozione di abitudini alimentari corrette per la promozione della salute e la prevenzione delle patologie cronico-degenerative (diabete, malattie cardiovascolari, obesità, osteoporosi, ecc.) di cui l'alimentazione scorretta è uno dei principali fattori di rischio. D'altra parte i profondi cambiamenti dello stile di vita delle famiglie e dei singoli hanno determinato, per un numero sempre crescente di individui, la necessità di consumare almeno un pasto fuori casa, utilizzando i servizi della ristorazione collettiva e commerciale. Come è noto, l'obiettivo di favorire nella popolazione corretti stili di vita è prioritario a livello internazionale. L'accesso e la pratica di una sana e corretta alimentazione è uno dei diritti fondamentali per il raggiungimento del migliore stato di salute ottenibile, in particolare nei primi anni di vita. Nella "Convenzione dei diritti dell'infanzia", adottata dall'ONU nel 1989, è sancito infatti il diritto dei bambini ad avere un'alimentazione sana ed adeguata al raggiungimento del massimo della salute ottenibile e nella revisione della "European Social Charter" del 1996 si afferma che "ogni individuo ha il diritto di beneficiare di qualunque misura che possa renderlo in grado di raggiungere il miglior livello di salute ottenibile".

Nella ristorazione scolastica è di fondamentale importanza elevare il livello qualitativo dei pasti, come qualità nutrizionale e sensoriale, mantenendo saldi i principi di sicurezza alimentare. La corretta gestione della ristorazione può favorire scelte alimentari nutrizionalmente corrette tramite interventi di valutazione dell'adeguatezza dei menù e promozione di alcuni piatti/ricette. Oltre che produrre e distribuire pasti nel rispetto delle indicazioni dei Livelli di Assunzione giornalieri Raccomandati di Nutrienti per la popolazione italiana (LARN), essa può svolgere un ruolo di rilievo nell'educazione alimentare coinvolgendo bambini, famiglie, docenti.

L'azione ha la finalità di accompagnare gli Enti Locali e alle Ditte Aggiudicatrici del Servizio di ristorazione nel percorso di redazione del capitolato d'appalto, nell'individuazione delle caratteristiche degli alimenti e nella stesura del menù diversificato per le diverse fasce di età (dal nido alla scuola secondaria di primo grado) in connessione con il PP01, PP03 e PL12)

PROGRAMMA	PL13
TITOLO AZIONE (8 di 11)	implementazione delle procedure per lo svolgimento di indagini epidemiologiche sulle MTA.
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A PROMUOVERE LA SICUREZZA E LA TUTELA DELLA SALUTE DEI CITTADINI, LAVORATORI E CONSUMATORI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	6.1 Organizzazione/miglioramento/sviluppo delle attività di controllo/ispezione/vigilanza
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 Migliorare il sistema di sorveglianza e gestione delle Malattie a Trasmissione Alimentare	
	Costituzione di un gruppo di lavoro tra servizi e organismi del sistema sanitario, con la finalità di ottimizzare indagini e controllo delle emergenze e di migliorare i sistemi di allerta
OS05 Garantire l'efficacia delle attività di Controllo Ufficiale da parte delle Autorità competenti	



	Programma di formazione regionale delle Autorità Competenti
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT03 Attuare programmi di formazione annuali diretti al personale addetto al controllo ufficiale, al personale sanitario a vario titolo coinvolto nelle tematiche dell'alimentazione e nutrizione, agli operatori del settore alimentare	
OT03IT03	Formazione (A)
OT04 Realizzare campagne informative/formative dirette ai consumatori in tema di sicurezza alimentare, tutela della salute e promozione di stili alimentari sani	
OT04IT04	Comunicazione ed informazione
CICLO DI VITA	età adulta
SETTING	servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

Considerato il forte impatto rappresentato dalle emergenze sanitarie di origine alimentare sulla sanità pubblica, sia in termini di salute collettiva, sia in termini economici, con riflessi sulla spesa sanitaria e sul sistema agro-alimentare, è necessario promuovere modelli virtuosi di integrazione operativa tra servizi e organismi del sistema sanitario, con la finalità di ottimizzare indagini, realizzare il controllo delle emergenze e migliorare i sistemi di allerta.

A tale scopo, appare fondamentale il coordinamento ottimale delle indagini epidemiologiche e delle risposte nei diversi ambiti disciplinari coinvolti, dalla diagnosi tempestiva nell'uomo, all'isolamento dell'agente patogeno dai casi di infezione e dalla catena alimentare, alla sua caratterizzazione molecolare, attività quest'ultima che può beneficiare del rapido progresso tecnologico delle tecniche di sequenziamento genomico.

La formazione a cascata prevista dopo la partecipazione della Regione Molise al Corso "Indagine e gestione focolaio di tossinfezione alimentare. Formazione teorico-pratica per le autorità competenti volta a promuovere l'integrazione operativa medico-veterinaria e la consapevolezza delle specificità del contesto di focolaio" tenutosi a ottobre 2019 presso il Ministero della Salute, a causa dell'emergenza da Covid-19 non è stata ancora realizzata.

Le simulazioni effettuate durante il corso tuttavia hanno evidenziato la necessità di stabilire-aggiornare protocolli e procedure e di creare la sinergia fra i diversi servizi sanitari inclusi i laboratori di riferimento per i CU e quelli ospedalieri.

PROGRAMMA	PL13
TITOLO AZIONE (9 di 11)	Un pizzico di sale...iodato
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A PROMUOVERE LA SICUREZZA E LA TUTELA DELLA SALUTE DEI CITTADINI, LAVORATORI E CONSUMATORI



SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	6.1 Organizzazione/miglioramento/sviluppo delle attività di controllo/ispezione/vigilanza
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS02 Migliorare l'offerta alimentare salutare nella ristorazione collettiva e pubblica	
	Percentuale di imprese alimentari appartenenti al settore della ristorazione che hanno ampliato la propria offerta includendo cibi/menù salutarì
OS04 Promuovere una dieta sana e stili di vita salutarì nei percorsi dedicati alle principali patologie croniche	
	Integrazione degli interventi a sostegno di sani stili di vita per la prevenzione MCNT
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT02 Instaurare un confronto sulle tematiche della dieta sana e sostenibile, la riduzione dello spreco e la promozione dei prodotti locali con gli Enti Locali e Portatori d'interesse	
OT02IT02	sottoscrizione di accordi con Enti Locali e portatori d'interesse per la promozione di una dieta sana
OT04 Realizzare campagne informative/formative dirette ai consumatori in tema di sicurezza alimentare, tutela della salute e promozione di stili alimentari sani	
OT04IT04	Comunicazione ed informazione
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa
SETTING	comunità;scuola;ambiente di lavoro

DESCRIZIONE

Malgrado le percentuali di consumo del sale iodato (89,1% degli adulti molisani vs Italia 71,7%) e anche il consumo abituale (75,0% vs Italia 53,4%), siano superiori alla media nazionale, i dati dell'Osservatorio Regionale, collegato alla cattedra di Endocrinologia dell'Università del Molise, evidenziano che i valori di ioduria rilevati nel 2016 nella popolazione molisana, seppure con un netto miglioramento rispetto alla precedente rilevazione, depongono per una lieve iodo-carenza nella nostra Regione Molise.

In continuità con il precedente Piano Regionale della Prevenzione, pertanto, verranno intensificati i controlli presso i punti vendita e la ristorazione collettiva con l'utilizzo della specifica modulistica.

I report dei risultati del controllo effettuato verrà diffuso a livello della cittadinanza (Campagna di comunicazione InForma di cui al PP02), alle Associazioni di categoria e agli Enti Locali.

PROGRAMMA	PL13
TITOLO AZIONE (10 di 11)	Comunicazione al cittadino
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A PROMUOVERE LA SICUREZZA E LA TUTELA DELLA SALUTE DEI CITTADINI, LAVORATORI E CONSUMATORI
SOTTOCATEGORIA	6.10 Comunicazione – Marketing sociale



PRINCIPALE	
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS04 Promuovere una dieta sana e stili di vita salutari nei percorsi dedicati alle principali patologie croniche	
	Integrazione degli interventi a sostegno di sani stili di vita per la prevenzione MCNT
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT04 Realizzare campagne informative/formative dirette ai consumatori in tema di sicurezza alimentare, tutela della salute e promozione di stili alimentari sani	
OT04IT04	Comunicazione ed informazione
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età
SETTING	comunità;scuola

DESCRIZIONE

La campagna per la promozione dell'attività fisica stili di vita salutari descritta nel PP01 in merito ai temi dell'alimentazione e nutrizione perseguirà le seguenti finalità:

- definire strumenti per la valutazione della percezione del rischio nutrizionale nei consumatori;
- sensibilizzare sull'importanza della dieta sana e sostenibile, aumentare l'empowerment del cittadino, promuovere capacità di scelta e comportamenti favorevoli alla salute;
- conoscere i parametri di qualità degli alimenti e comprendere le informazioni riportate in etichetta;
- ridurre lo spreco alimentare e l'impatto ambientale correlato all'alimentazione;
- conoscere i rischi da contaminazioni chimiche e microbiologiche (MTA) negli alimenti;
- conoscere la tipologia dei funghi presenti sul territorio regionale e le possibili intossicazioni.

AZIONE EQUITY

PROGRAMMA	PL13
TITOLO AZIONE (11 di 11)	contrasto alla malnutrizione dell'anziano istituzionalizzato
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLA MODIFICA AMBIENTALE/ORGANIZZATIVA DI UN SETTING PER FAVORIRE L'ADOZIONE COMPETENTE E CONSAPEVOLE DI STILI DI VITA FAVOREVOLI ALLA SALUTE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	3.2 Supporto ai Settori responsabili di un "ambiente organizzato" (setting) nella adozione di "pratiche raccomandate" per favorire una alimentazione salutare (miglioramento/orientamento di capitolati d'appalto di mense - ristorazione collettiva- e



	vending, di spuntini/merende, di bar interni, di ristorazione pubblica)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS02 Migliorare l'offerta alimentare salutare nella ristorazione collettiva e pubblica	
	Percentuale di imprese alimentari appartenenti al settore della ristorazione che hanno ampliato la propria offerta includendo cibi/menù salutari
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT01 Orientare gli interventi a criteri di equità; aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative	
OT01IT01	Lenti di equità
OT02 Instaurare un confronto sulle tematiche della dieta sana e sostenibile, la riduzione dello spreco e la promozione dei prodotti locali con gli Enti Locali e Portatori d'interesse	
OT02IT02	sottoscrizione di accordi con Enti Locali e portatori d'interesse per la promozione di una dieta sana
CICLO DI VITA	terza età
SETTING	comunità;comune, Municipalità

DESCRIZIONE

Il miglioramento della salute dell'anziano per gli aspetti nutrizionali (con particolare riguardo alla malnutrizione per difetto) è oggetto di un documento di indirizzo del Ministero della Salute del luglio 2020.

La nutrizione è uno degli aspetti più importanti che contribuisce alla salute dell'anziano. Un'alimentazione adeguata è importante per il mantenimento dell'attività quotidiana e per preservare l'autonomia funzionale dell'anziano. L'avanzamento dell'età è accompagnato da cambiamenti fisiologici, psicologici, sociali ed economici che possono esporre ad un'inadeguata alimentazione.

Malgrado l'elevata prevalenza di obesità in età geriatrica rilevabile nella nostra regione, la prevenzione della malnutrizione per difetto si rivela di fondamentale importanza per la prevenzione della disabilità.

I dati della letteratura dimostrano, infatti, in modo inequivocabile, una prevalenza di malnutrizione per difetto in età geriatrica, che risulta particolarmente elevata nei soggetti caratterizzati da "unsuccessful aging", con cattiva qualità della vita, scarsa capacità di svolgere autonomamente le attività di base quotidiane, fragilità, pluripatologie, etc.

La prevalenza di malnutrizione per difetto oscilla dal 3-4% nei soggetti anziani freeliving fino al 70% nelle strutture di lungodegenza e RSA (Linee di Indirizzo Nazionale per la Ristorazione Ospedaliera ed Assistenziale, Ministero della salute 2011), con notevoli variazioni per ogni setting da studio a studio (Cereda, 2016; Dent, 2012; Guigoz, 2006; Kaiser, 2010).

I risultati delle indagini condotte negli anni 2012-2015 nell'ambito del progetto "Istituzione del Centro Regionale per la sorveglianza nutrizionale e la prevenzione, diagnosi e terapia dell'obesità e delle malattie cronico-degenerative", realizzato in collaborazione con l'Università degli Studi del Molise "hanno confermato che l'ipotesi di una diffusa malnutrizione, o del rischio di scivolare in essa, è reale fra gli anziani istituzionalizzati, in quanto tale condizione è stata riscontrata nel 60,6% dei casi.

Mancato recepimento delle linee di indirizzo nazionale per la ristorazione collettiva nelle lungodegenze, nelle strutture riabilitative e nelle RSA

Come già segnalato nelle Linee di indirizzo nazionale per la ristorazione ospedaliera ed assistenziale (Ministero della Salute 2011) e nel documento "Food and nutritional care in hospitals: how to prevent undernutrition-report and recommendations of the committee of experts on nutrition, food safety and consumer protection" del 2002, nelle strutture di riabilitazione e nelle RSA – a somiglianza di quanto avviene negli ospedali – la malnutrizione per difetto ha conseguenze negative sul recupero funzionale (ad esempio, dell'autonomia motoria) e sulle condizioni generali del paziente, aumenta il rischio di complicanze (lesioni da pressione, infezioni, cadute con conseguenti fratture, peggioramento di preesistenti patologie cronico-degenerative, comparsa o peggioramento di depressione e apatia), la complessità gestionale, i costi sanitari e socio-assistenziali, mentre riduce le probabilità di rientro al domicilio.

La ristorazione collettiva ha un ruolo importante in ambito assistenziale poichè rappresenta uno strumento indispensabile di prevenzione e cura delle malattie a componente nutrizionale nell'anziano ospedalizzato o comunque istituzionalizzato (Pezzana, 2015).

Il servizio di ristorazione collettiva deve tendere al raggiungimento di un ottimale livello in termini sia di qualità nutrizionale che di qualità sensoriale, unitamente alla progettazione di un'organizzazione efficiente del servizio. In tal caso la ristorazione ospedaliera-assistenziale può assumere un ruolo educativo utile alla prevenzione delle malattie cronico-degenerative e al trattamento delle diverse forme di malnutrizione.

Il confronto con gli operatori sanitari ed in particolare con professionisti competenti in ambito nutrizionale, così come la comprensione delle regole per una corretta alimentazione, possono avere un ruolo importante per la comunicazione e l'informazione dei pazienti, dei loro familiari e dei caregiver.

Gli obiettivi della ristorazione collettiva riguardano l'igiene degli alimenti, gli aspetti nutrizionali, le problematiche organizzativo/gestionali, la qualità certificata, la provenienza e l'origine dei prodotti a dimostrazione del legame con il territorio.

Nella pratica tali obiettivi sono spesso poco considerati, relegando il servizio di ristorazione in una posizione secondaria al di fuori del "core business" aziendale/pubblico istituzionale, alla pari di quei servizi ritenuti "dovuti/obbligati", nei confronti dei quali si investe in maniera limitata, nonostante la proclamata centralità dello stato di salute/nutrizione dell'utente (Hickson, 2007; Thibault, 2011).

Proposte operative

- Il pasto in ospedale e nelle strutture assistenziali deve garantire, oltre ai requisiti di sicurezza igienico-microbiologica (food safety), come insostituibile completamento dei percorsi di prevenzione e cura, anche quelli di adeguatezza della dieta (food security) in termini di energia, proteine e altri nutrienti, assicurando gli apporti consigliati dai Livelli di Assunzione di Riferimento di Nutrienti ed energia per la popolazione italiana (http://www.sinu.it/html/pag/tabelle_lar_2014_rev.asp), valutando gli aumentati fabbisogni (soprattutto proteici; Bauer, 2010) legati alla malattia e all'ospedalizzazione; l'offerta deve essere strutturata in tre pasti principali e, 1 o 2 spuntini, per raggiungere gli apporti necessari;
- Costruire strategie di ristorazione collettiva e definire i capitoli d'appalto, con effetti facilmente ed oggettivamente confrontabili riguardanti lo stato di nutrizione dei soggetti ricoverati;
- Chiedere alla ristorazione collettiva di svolgere un importante ruolo informativo coinvolgendo gli utenti e le loro famiglie anche in un'azione di contrasto alle tante notizie fantasiose e fuorvianti che circolano sul web;



- Far sì che gli utenti siano informati sull'importanza della ristorazione collettiva come momento di educazione alla corretta alimentazione (entità delle porzioni, frequenza di consumo), al valore del cibo, all'uguaglianza e allo scambio;
- Formare il personale sanitario ospedaliero a svolgere un ruolo attivo al fine di facilitare la divulgazione delle nozioni relative all'acquisizione di un comportamento alimentare corretto ed equilibrato;
- Identificare un nucleo di controllo interno in grado di monitorare le varie fasi: stesura del capitolato di appalto, organizzazione, gestione e controllo. Le figure professionali minime che andrebbero ufficialmente incaricate sono un economo-provveditore per gli aspetti normativo-gestionali, un medico con dimostrate competenze nutrizionali per la supervisione clinico-nutrizionale (auspicabile l'appartenenza ad una struttura pubblica: Servizio di Dietetica e Nutrizione Clinica o ad un Servizio Igiene degli Alimenti e Nutrizione - SIAN);
- Accanto al rilevamento delle valutazioni soggettive (customer satisfaction) dovranno essere effettuati controlli a campione sull'efficienza e sulla qualità del servizio di ristorazione attraverso la misurazione di parametri oggettivi (peso delle porzioni, temperatura degli alimenti al momento della distribuzione, giusto grado di maturazione dei principali prodotti vegetali, quota di alimenti scartati, rispetto delle procedure igieniche, corrispondenza degli ordini, tempi di distribuzione del vitto) (Donini LM, 2008).
- Nella ristorazione scolastica vengono assegnati non meno dei due terzi dei punteggi a disposizione per l'aggiudicazione a quei fattori che determinano la qualità del servizio: tale misura è auspicabile anche per gli appalti relativi alla ristorazione ospedaliera;
- E' necessario che le strutture che si occupano di ristorazione collettiva siano dotate di certificazione di qualità che costituisce un atto dell'azienda (o dell'ente) rivolto verso l'esterno, verso il mercato ed i clienti, per dimostrare le proprie capacità di produrre in modo conforme alle normative e in modo qualitativamente apprezzabile;
- All'ammissione in reparto deve essere valutato il livello di autonomia del paziente nell'assunzione del pasto e la presenza di eventuali altri ostacoli all'assunzione di un quantitativo adeguato di energia e nutrienti. Nel caso di un'alimentazione inadeguata per tali motivi, dovranno essere predisposti percorsi di assistenza al pasto da parte del personale di reparto, di volontari o di familiari opportunamente formati.

Fasi

Creazione di procedure per la valutazione dell'adeguatezza della Ristorazione Assistenziale alle Linee di indirizzo nazionali e regionali

Formazione del personale che effettua la valutazione

Implementazione dell'intervento

Monitoraggio dell'efficacia dell'intervento.



MONITORAGGIO DELL'AZIONE EQUITY-ORIENTED

OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	incrementare il numero di anziani istituzionalizzati ai quali viene offerta una ristorazione rispondente alle Linee Guida Ministeriali
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	La strategia che si intende adottare consiste: - nel sostegno alle strutture per la redazione del capitolato d'appalto e per l'individuazione delle caratteristiche degli alimenti, - nella valutazione delle proposte alimentari delle singole strutture sulla base di una check list - nella promozione delle Linee Guida Ministeriali
ATTORI COINVOLTI	Servizi ASReM Responsabili RSA Enti Locali Associazioni di categoria Familiari
INDICATORE	<p>percentuale di RSA che rispettano le Linee Guida Ministeriali</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formula: $(N. \text{ RSA che hanno modificato l'offerta per adeguarsi alle Linee Guida Ministeriali} / N. \text{ totale RSA valutate}) * 100$ • Standard 40% delle RSA che hanno modificato l'offerta per adeguarsi alle Linee Guida Ministeriali a seguito del controllo. • La valutazione iniziale della rispondenza del servizio di ristorazione ai parametri stabiliti dalle Linee d'indirizzo ministeriali si accompagna alla sensibilizzazione delle direzioni Sanitarie e dei Gestori delle mense sull'importanza di prevenire la malnutrizione per difetto e nell'offerta di un percorso di assistenza nelle fasi di stesura del capitolato di appalto e nell'individuazione delle caratteristiche degli alimenti nonché nella predisposizione degli schemi dietetici. • A seguito del controllo effettuato sulla rispondenza del servizio offerto ai criteri stabiliti dalle Linee d'indirizzo e dell'interazione della Direzione e dei Gestori con i valutatori, ci si attende che il 40% delle RSA valutate rispettino le indicazioni fornite. • Fonte ASReM
OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	incrementare il numero di anziani istituzionalizzati ai quali viene offerta una ristorazione rispondente alle Linee Guida Ministeriali
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO	La strategia che si intende adottare consiste: - nel sostegno alle strutture per la redazione del capitolato d'appalto e per



DELL'OBIETTIVO	l'individuazione delle caratteristiche degli alimenti, -nella valutazione delle proposte alimentari delle singole strutture sulla base di una check list -nella promozione delle Linee Guida Ministeriali
ATTORI COINVOLTI	Servizi ASReM Responsabili RSA Enti Locali Associazioni di categoria Familiari
INDICATORE	RSA valutate <ul style="list-style-type: none">• Formula: $N. \text{ RSA Valutate } / N. \text{ totale RSA}$• Standard 70% delle strutture valutate• 2022 Creazione di procedure per la valutazione dell'adeguatezza della Ristorazione Assistenziale alle Linee di indirizzo nazionali , formazione del personale che effettua la valutazione• 2023-2024 Implementazione dell'intervento sul 70% delle RSA presenti sul territorio,• 2025 monitoraggio dell'efficacia dell'intervento• • Fonte ASReM

4.4 PL14 Integrazione calendario per la vita

4.4.1 Quadro logico regionale

CODICE	PL14
REFERENTI DEL PROGRAMMA	Dott. ssa Ivana Pitisci
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	MO6 Malattie infettive prioritarie
MACRO OBIETTIVO TRASVERSALE DI RIFERIMENTO	- MO6 Malattie infettive prioritarie
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	<ul style="list-style-type: none"> - MO6-01 Rafforzare il processo di eliminazione di morbillo e rosolia congenita - MO6-02 Informatizzare i sistemi di sorveglianza per le malattie infettive, in modo interoperabile - MO6-04 Completare l'informatizzazione delle anagrafi vaccinali interoperabili a livello regionale e nazionale tra di loro e con altre basi di dati (malattie infettive, eventi avversi, residente/assistiti) in particolare con riferimento all'integrazione vaccino HPV screening. - MO6-05 Aumentare la copertura vaccinale e l'adesione consapevole nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, popolazioni difficili da raggiungere, migranti, gruppi a rischio per patologie) - MO6-06 Pianificare la comunicazione finalizzata alla corretta gestione e informazione sui vaccini e sulle malattie infettive prevenibili mediante vaccinazione ai fini della adesione consapevole
LINEE STRATEGICHE DI INTERVENTO	<ul style="list-style-type: none"> - MO6LSa Consolidamento della sorveglianza epidemiologica e integrazione delle fonti - MO6LSb Coordinamento e integrazione tra diversi livelli istituzionali nella attuazione di interventi di prevenzione, nel periodico ritorno informativo a tutti i livelli e nel monitoraggio sistematico - MO6LSd Comunicazione del rischio per la popolazione generale e specifici sottogruppi
LEA	<ul style="list-style-type: none"> - A01 Sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive e diffuse - A02 Interventi per il controllo della diffusione di malattie infettive e diffuse - A03 Vaccinazioni

4.4.2 Sintesi del Profilo di salute ed equità ed Analisi di contesto



Infezione da HPV

Il quadro globale delle infezioni da papilloma virus umano viene fornito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità:

- il papillomavirus umano (HPV) è un gruppo di virus estremamente comuni in tutto il mondo;
- ci sono più di 100 tipi di HPV, di cui almeno 13 sono cancerogeni;
- l'HPV si trasmette principalmente attraverso il contatto sessuale e la maggior parte delle persone sono infettate dall'HPV poco dopo l'inizio dell'attività sessuale;
- il cancro cervicale è causato da un'infezione contratta per via sessuale con alcuni tipi di HPV;
- due tipi di HPV (16 e 18) causano il 70% dei tumori del collo dell'utero e delle lesioni cervicali precancerose;
- ci sono anche evidenze che collegano l'HPV con tumori dell'ano, della vulva, della vagina e del pene;
- il cancro cervicale è il secondo tumore più comune nelle donne che vivono nelle regioni meno sviluppate, con una stima di 445.000 nuovi casi nel 2012 (84% dei nuovi casi in tutto il mondo);
- nel 2012, circa 270.000 donne sono morte di cancro del collo dell'utero; oltre l'85% di queste morti si verificano nei Paesi a basso e medio reddito;
- i vaccini contro l'HPV 16 e 18 sono in commercio in molti Paesi.

Infezione da Herpes Zoster

La complicanza più frequente dell'HZ è costituita dalla Polineuropatia post-erpetica (PHN), una sindrome dolorosa inquadrata nell'ambito delle sindromi dolorose neuropatiche causate da una lesione primaria o da una disfunzione del sistema nervoso. Tale sindrome è caratterizzata da dolore che si irradia lungo le terminazioni nervose cutanee del dermatomero corrispondente alla sede di riattivazione dell'infezione e può manifestarsi con uno o più accessi dolorosi o parossistici, brucianti o lancinanti, ad insorgenza spontanea, allodinia e iperalgesia. Le tendenze attuali sembrano definire la PHN come un dolore neuropatico cronico di lunga durata HZ-correlato che persiste o si sviluppa dopo almeno 30 giorni dalla guarigione delle lesioni cutanee e può continuare per mesi o anni. L'età avanzata costituisce un fattore di rischio per lo sviluppo di PHN in individui con HZ, anche se la gravità del dolore acuto e dell'eruzione cutanea sono stati riconosciuti come altri importanti fattori correlati. La durata e la gravità di PHN aumentano con l'età anche più di quanto non accada per l'incidenza. La PHN può verificarsi nel 25-50% dei pazienti con HZ di età superiore o uguale a 50 anni. Sempre in Italia, i costi correlati alla patologia da HZ e PHN, valutati annualmente, corrispondono a 41,2 milioni di euro, dei quali 28,2 milioni sono relativi ai costi diretti (21,5 milioni associati al trattamento per HZ) e 13 milioni sono attribuibili ai costi indiretti (12,2 riferiti alla perdita di produttività correlata all'episodio acuto di HZ).

L'HZ e la PHN rappresentano, dunque, una patologia rilevante della popolazione adulta, in particolare nella fascia di età superiore ai 50 anni, di interesse per la Sanità pubblica. Peraltro, il trattamento terapeutico attualmente disponibile non è in grado di garantire una soddisfacente gestione dal punto di vista clinico, lasciando pertanto ampi spazi ai bisogni medici insoddisfatti che potrebbero essere colmati da programmi di prevenzione vaccinale. Pertanto, la definizione dell'impatto sanitario e socio-economico della patologia HZ-correlata, nonché la valutazione di possibili strategie di vaccinazione della popolazione adulta, anche in funzione della disponibilità di nuovi preparati vaccinali, risultano cruciali nella prospettiva di organizzare programmi preventivi di Sanità pubblica in grado di garantire benefici sia da un punto di vista clinico sia economico e sociale.

Per avere un'idea dei numeri in Italia relativi alle malattie correlate all'infezione da HPV, si fa riferimento ai dati forniti dall'Istituto Superiore di Sanità, basati sugli studi condotti in Italia in donne di età tra 17 e 70 anni, in occasione di controlli ginecologici di routine o di programmi di screening organizzato, mostrano una

prevalenza di un tipo qualsiasi di HPV compresa tra il 7% e 16%. La prevalenza aumenta al 35-54% nelle donne con diagnosi di citologia anormale, per raggiungere il 96% in caso di displasia severa o oltre. La prevalenza delle infezioni da Hpv varia con l'età: è più elevata nelle giovani donne sessualmente attive, mentre un secondo picco di prevalenza si nota nelle donne intorno alla menopausa o dopo.

Uno studio condotto nell'Italia settentrionale in donne tra 25 e 70 anni ha mostrato come la prevalenza diminuisca dal 13-14% nella fascia di età 25-39 anni, all'11% nelle donne tra 40 e 44 anni, e al 5% nelle donne oltre i 44 anni. Il tipo di virus più frequente è il 16, pari al 30% circa di tutte le infezioni. In ogni caso, la maggior parte delle infezioni (fra il 70% e il 90%) è transitoria, perché il virus viene eliminato dal sistema immunitario prima di sviluppare un effetto patogeno. In particolare, è stato documentato che, a distanza di 18 mesi dall'infezione, l'80% delle donne era HPV-negativa. La probabilità che l'infezione evolva verso la persistenza sembra dipendere dal tipo del virus ed è più elevata per i tipi ad alto rischio, incluso l'HPV 16. In Italia si verificano ogni anno circa 3500 nuovi casi di carcinoma della cervice uterina e 1500 decessi. Nell'arco di un decennio (dal 2002 al 2012), la percentuale di adolescenti che a 15 anni dichiara di avere avuto rapporti sessuali è cresciuta dal 20% al 51% tra le adolescenti e dal 28% al 57% tra gli adolescenti. In un recente studio condotto in Lombardia su 175.000 adolescenti, il 24% delle ragazze e il 27% dei ragazzi tredicenni ha dichiarato di aver già avuto rapporti sessuali.

È evidente che, a fronte di questi cambiamenti, vanno adottati tutti gli strumenti di prevenzione: dall'informazione all'attenzione nelle pratiche sessuali saltuarie e occasionali, dall'uso dei preservativi agli screening che consentono le diagnosi precoci e i trattamenti tempestivi. Ma le vaccinazioni rappresentano sicuramente il primo scudo contro le infezioni e le loro conseguenze. Nel caso delle infezioni da HPV (Papilloma virus), l'incidenza sta crescendo specie in età precoce, ma si registrano incrementi anche dai 45 anni in su. È per questa ragione che diventa sempre più necessario parlare di vaccinazione universale, anche in età più avanzata.

Di seguito i dati principali relativi alla copertura vaccinale:

- Il valore di copertura vaccinale media per HPV nelle ragazze è più basso, come prevedibile, nell'ultima coorte (2005), target primario dell'intervento vaccinale, rispetto alle coorti precedenti in cui prosegue l'attività di recupero.
- I dati 2017, relativi alla coorte 2005, mostrano un ulteriore decremento nell'ultimo anno, visibile soprattutto per il ciclo completo. Infatti, alla rilevazione relativa ai dati 2015 la coorte 2003 aveva una copertura del 66,6% per la prima dose e del 56,2% per il ciclo completo; alla rilevazione relativa ai dati 2016 la coorte 2004 aveva una copertura del 65,0% per la prima dose e del 53,1% per il ciclo completo; all'ultima rilevazione relativa ai dati 2017 la coorte 2005 mostra una copertura del 64,3%, per la prima dose e del 49,9% per il ciclo completo.
- In dettaglio, i dati relativi alle coorti più vecchie (1997-2001), per le quali l'offerta vaccinale si mantiene gratuita in quasi tutte le Regioni fino al compimento del diciottesimo anno, si attestano su una copertura del 73-76% per almeno una dose di vaccino e del 69-72% per ciclo completo; circa il 4% delle ragazze di ogni coorte ha iniziato ma non completato il ciclo vaccinale.
- I dati evidenziano un'ampia variabilità delle coperture vaccinali (ciclo completo) tra le Regioni/PP.AA. per tutte le coorti. Interventi mirati sarebbero necessari in specifici contesti geografici tenendo presente che la vaccinazione anti-HPV, pur non rientrando tra quelle obbligatorie secondo la Legge 119/2017, è un Livello Essenziale di Assistenza.
- Dalla coorte del 2002 inizia ad osservarsi un incremento della copertura rispetto all'anno precedente. La percentuale di incremento è progressivamente maggiore nelle coorti più recenti,



fino alla coorte 2004 in cui si osserva un +6% e un +10,3%, rispettivamente per la prima dose e per il ciclo completo.

- La copertura vaccinale media per HPV nelle ragazze è discreta se si confrontano i dati con altre nazioni europee, ma ben al di sotto della soglia ottimale prevista dal Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (95%).
- Anche a livello regionale, nessuna Regione/PP.AA. raggiunge il 95% in nessuna delle coorti prese in esame. Le coperture per le ragazze sono comprese in un range tra 35,7-79,9% per la coorte 2003, 35,4-78,9% per la coorte 2004 e tra 30,5-75,5% per la coorte 2005.
- La copertura vaccinale media per HPV nei ragazzi è molto lontana dagli obiettivi previsti dal Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017-2019, che identifica una soglia graduale del 60% per il 2017, fino al 95% nel 2019. Coperture vaccinali migliori (coorte 2004, ciclo completo: Veneto 60,0%; Friuli-Venezia Giulia 52,7%; Puglia 53,2%) si osservano nelle Regioni/PP.AA. che avevano esteso l'offerta attiva e gratuita anche ai ragazzi già prima dell'approvazione del PNPV 2017-2019.

Tabella 3. Copertura vaccinale nelle femmine: ciclo completo nelle coorti di nascita 1997-2004 (dati da¹¹³)

Regione	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Piemonte	66,9	68,8	69,1	69,6	67,1	67,5	67,4	65,9
Valle d'Aosta	74,4	77,1	72,2	73,0	68,0	68,6	71,3	72,5
Lombardia	65,6	70,4	74,9	77,5	79,1	68,5	67,4	59,8
P. A. Bolzano	n.d.	n.d.	28,0	30,8	31,2	30,3	31,8	24,8
P.A. Trento	63,7	63,7	62,4	65,8	68,0	63,0	61,2	64,5
Veneto	78,2	78,9	79,2	80,4	74,1	75,7	74,6	65,5
Friuli-Venezia Giulia	72,0	72,2	70,2	69,6	66,1	59,7	64,3	55,0
Liguria	73,3	74,4	72,6	65,1	72,7	67,7	64,1	56,8
Emilia-Romagna	74,5	78,6	77,6	78,5	75,8	77,4	72,6	69,3
Toscana	83,5	82,4	83,6	83,8	82,5	81,1	78,2	67,6
Umbria	76,2	79,2	80,3	81,2	79,4	80,6	77,5	71,8
Marche	69,0	68,2	63,7	64,9	60,5	56,4	53,3	48,1
Lazio	66,4	67,9	69,6	71,5	73,7	61,3	54,0	41,6
Abruzzo	73,9	74,2	73,8	76,1	73,9	71,2	61,9	54,3
Molise	59,1	56,3	64,7	82,6	75,6	75,9	73,5	63,7
Campania	56,8	58,7	58,8	59,3	59,7	53,0	52,2	41,5
Puglia	84,6	83,6	83,1	82,0	78,7	74,0	68,7	56,4
Basilicata	83,7	77,1	80,7	80,1	77,9	75,2	64,7	53,7
Calabria	71,9	72,4	72,4	69,9	68,8	61,3	53,1	41,6
Sicilia	59,1	59,2	64,2	60,6	54,2	48,0	44,1	27,3
Sardegna	86,3	78,3	76,0	75,0	74,1	61,8	52,5	40,4
Italia	69,64	70,92	71,65	72,13	70,72	65,44	62,15	53,14

Evidence | www.evidence.it

11

Luglio 2018 | Volume 10 | Issue 7 | e1000184

L'incidenza delle patologie correlate all'infezione da **Herpes Zoster** è età-dipendente, con frequenze pari a 2-3/1000 persone/anno fra i 20 e 50 anni, 5/1000 nella sesta decade, 6-7/1000 nella settima-ottava decade per arrivare fino a >1/100 dalla nona decade di vita. In



Italia, in uno studio condotto nella popolazione adulta immunocompetente nel periodo di osservazione 2003-2005, assumendo un'incidenza annuale di 6,3 per 1000 persone/anno, si stima che, in una popolazione di circa 24,2 milioni di persone con oltre 50 anni di età, si verifichino ogni anno almeno 153.000 nuovi casi di HZ. Questo numero di casi rappresenta il 73% del numero totale di casi di HZ osservati nell'intera popolazione adulta. Nello stesso studio, mediante valutazione delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) - nomenclatura ICD9-CM, è riportato un tasso di ospedalizzazione annuale pari a 10,34/100.000 soggetti immunocompetenti di età superiore ai 50 anni. Tale valore sale a 20,31/100.000 quando vengono prese in considerazione sia la diagnosi primaria sia secondaria.

La maggior parte di queste ospedalizzazioni (62%) ha coinvolto soggetti di età superiore a 65 anni, con una degenza media di 8 giorni. Il tasso annuale di ospedalizzazione per PHN in Italia corrisponde a 1,89/100.000 soggetti immunocompetenti di età superiore a 50 anni; nel caso in cui vengano valutate le ospedalizzazioni correlate a diagnosi primaria e secondaria, il tasso aumenta fino a 2,86/100.000 soggetti.

In Europa la PHN si verifica nel 6,5%-38% (a 1 mese; PHN1) e 2,6-27% (a 3 mesi; PHN3) dei casi di HZ; in Italia si è osservato che almeno l'8% della popolazione adulta che aveva sviluppato HZ ha presentato una PHN della durata di almeno 1 mese e che il 6,2% ha sperimentato una PHN della durata di almeno 3 mesi [1]. Oltre il 65% dei casi di PHN1 e PHN3 sono stati osservati in soggetti di sesso femminile; è stato dimostrato che altri importanti fattori di rischio per lo sviluppo di PHN sono determinati, oltre che dal sesso femminile, dall'incremento dell'età e dallo stato di compromissione immunologica.

4.4.3 Scheda di programma

4.4.3.1 Descrizione dal PNP

L'integrazione del calendario vaccinale attualmente vigente prevede due azioni distinte relative una alla vaccinazione anti HPV e l'altra alla vaccinazione anti Herpes Zoster.

Per quello che concerne la vaccinazione anti HPV, alla luce delle indicazioni contenute nel Nuovo Calendario per la Vita, edizione 2019, della recente circolare ministeriale n. 33045 del 12.11.2019 (Vaccinazioni raccomandate per le donne in età fertile e in gravidanza. Aggiornamento novembre 2019) e tenuto conto dell'attuale crescita nella popolazione giovanile delle problematiche interenti la sfera delle malattie sessualmente trasmissibili, si propone di estendere la gratuità della vaccinazione anti HPV a maschi e femmine fino ai 25 anni di età (coorti di età a partire dall'anno di nascita 1995), con chiamata attiva. La coorte femminile interessata da tale offerta è esclusivamente quella relativa all'anno di nascita 1995 perchè le successive sono già sottoposte a offerta attiva gratuita nell'epoca in cui erano dodicenni. L'eventuale vaccinazione gratuita delle femmine nel corso dei 25 anni di età potrebbe essere offerta attivamente (come indicato anche nel Nuovo Calendario per la Vita, edizione 2019) in occasione della



chiamata al primo screening per la citologia cervicale (25 anni). Tale sinergia potrebbe rappresentare un potenziamento di entrambe le attività.

Per quello che riguarda la vaccinazione anti Herpes Zoster, è necessario premettere che la campagna vaccinale avviata nel 2019 ha avuto un rallentamento sostanziale con l'avvento della pandemia da Sars CoV2, motivo per il quale non è stato possibile raggiungere gli obiettivi vaccinali prefissati. L'adozione di questa azione specifica si prefigge di riprendere la campagna vaccinale nel più breve tempo possibile con due target:

- chiamata attiva dei nati a partire dalla coorte del 1954 (ovvero la coorte per la quale la vaccinazione non è stata completata a motivo della pandemia), con invito ad personam e fornitura di materiale informativo, a cura dei Centri Vaccinali del Dipartimento Unico di Prevenzione

- sensibilizzazione dei Direttori di UOC ospedaliera, a cura del Dipartimento Unico di Prevenzione, sull'offerta della vaccinazione anti Zoster ai soggetti fragili o immunocompromessi, afferenti alle loro strutture, da indirizzare successivamente ai Centri Vaccinali del Dipartimento

Il vaccino è indicato alle persone dai 50 anni di età e ai soggetti fragili a partire dai 18 anni. La sua efficacia è del 97% nei soggetti cinquantenni e del 91% negli ultra settantenni ed ha dimostrato un profilo di tollerabilità anche nei pazienti immunocompromessi. Questo vaccino cambia radicalmente la storia dell'Herpes Zoster, in particolare per le persone immunocompromesse: nei soggetti adulti (18 anni ed oltre) sottoposti a trapianto di cellule staminali emopoietiche autologhe o affetti da neoplasie ematologiche l'efficacia è stata rispettivamente, pari a circa il 78 % e 87%. Rispetto alla nevralgia post erpetica l'efficacia varia da circa il 70% negli ultra ottantenni a circa il 100% nelle persone di 50 anni e la protezione sembra perdurare per diversi anni. Il vaccino si è anche dimostrato efficace nel prevenire altre complicanze correlate all'infezione da herpes virus, diverse dalla nevralgia post erpetica come la sovra infezione batterica delle lesioni, la disseminazione cutanea, la miocardite, la pancreatite, l'ulcerazione gastrica, l'angioite granulomatosa e l'interessamento del sistema nervoso centrale.

4.4.3.2 Sintesi delle principali evidenze e buone pratiche e relative fonti

1. <https://www.epicentro.iss.it/hpv/>
2. <https://www.epicentro.iss.it/varicella/>
3. [https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/diseases/human-papillomavirus-vaccines-\(HPV\)](https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/diseases/human-papillomavirus-vaccines-(HPV))
4. Ministero della Salute: Aggiornamento della schedula vaccinale anti-papillomavirus e delle modalità di rilevazione delle coperture vaccinali
5. Circolare del Ministero della Salute n. 0033045-12/11/2019 "Vaccinazioni raccomandate per le donne in età fertile e in gravidanza – Aggiornamento novembre 2019"
6. Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale - PNPV 2017-2019
7. Circolare del Ministero della Salute n. 0008770-08/03/2021 "Aggiornamento sulla vaccinazione contro Herpes zoster"
8. Hales CM et al. Update on recommendations for use of herpes zoster vaccine. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2014 Aug 22;63(33):729-31 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25144544
9. Simberkoff MS, Arbeit RD, Johnson GR et al. Safety of herpes zoster vaccine in the shingles prevention study: a randomized trial. Ann Intern Med. 2010 May 4;152(9):545-54. doi: 10.7326/0003-4819-152-9-201005040-00004. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20439572

10. Morrison VA, Johnson GR, Schmader KE, et al. Long-term persistence of zoster vaccine efficacy. Clin Infect Dis. 2015 Mar 15;60(6):900-9. doi: 10.1093/cid/ciu918. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25416754
11. Tseng HF, Tartof S, Harpaz R et al. Vaccination against zoster remains effective in older adults who later undergo chemotherapy. Clin Infect Dis. 2014 Oct;59(7):913-9. doi: 10.1093/cid/ciu498 . Epub 2014 Aug 4. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25097079

4.4.4 Obiettivi e indicatori delle azioni trasversali

INTERSETTORIALITÀ

PL14_OT02	Implementazione del calendario vaccinale attraverso tavoli intersettoriali, accordi con enti locali e terzo settore e favorendo processi partecipativi con la popolazione target.
PL14_OT02_IT02	Accordi intersettoriali
formula	Presenza di Accordi formalizzati tra Sistema Sanità e altri stakeholder
Standard	Almeno 1 Accordo regionale entro il 2022
Fonte	Regione
PL14_OT02_IT03	Accordi intersettoriali finalizzati a diffusione/sviluppo e sostenibilità del programma
formula	Presenza di Accordi formalizzati
Standard	Almeno 1 Accordo di carattere regionale entro il 2022
Fonte	Regione

FORMAZIONE

PL14_OT03	Realizzazione di percorsi formativi per l'implementazione del calendario vaccinale
PL14_OT03_IT04	Formazione (C)
formula	Disponibilità di un programma di formazione sul counseling breve rivolto agli operatori dei servizi sanitari e socio sanitari (inclusi i MMG e i PLS).
Standard	Realizzazione di almeno un percorso formativo ogni anno a partire dal 2022.
Fonte	Regione

COMUNICAZIONE

PL14_OT04	Revisione ed implementazione di materiale informativo, anche multilingua, sul calendario vaccinale
PL14_OT04_IT05	Comunicazione ed informazione
formula	Realizzazione di interventi di informazione e comunicazione sociale (compreso il marketing sociale) mirate a target e contesti specifici (ad es. amministratori, opinion leader, scuole, genitori, educatori sociali, operatori, associazioni, ecc.)
Standard	Progettazione e produzione di strumenti/materiali per iniziative di informazione e di comunicazione sociale entro il 2022 - almeno un intervento di comunicazione sociale, a carattere sperimentale, entro il 2023 - realizzazione di almeno un intervento di



	comunicazione sociale ogni anno a partire dal 2024
Fonte	Regione

EQUITÀ

PL14_OT01	Orientare gli interventi a criteri di equità; aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative
PL14_OT01_IT01	Lenti di equità
formula	adozione dell'HEA
Standard	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2022
Fonte	Regione

4.4.5 Obiettivi e indicatori specifici

PL14_OS01	Offerta gratuita di vaccino anti HPV alla coorte femminile 2005
PL14_OS01_IS01	vaccinazione HPV coorte femminile 2005
formula	incremento copertura vaccinale
Standard	N. vaccinazione eseguite
Fonte	ASReM
PL14_OS02	offerta, con chiamata attiva, della vaccinazione anti Herpes Zoster a partire dalla coorte 1954
PL14_OS02_IS02	Vaccinazione anti Herpes Zoster
formula	incremento
Standard	N. di vaccinazioni anti Herpes Zoster
Fonte	ASReM

4.4.6 Azioni

PROGRAMMA	PL14
TITOLO AZIONE (1 di 2)	Estensione della gratuità della vaccinazione anti HPV a maschi e femmine fino ai 25 anni di età (coorti di età a partire dall'anno di nascita 1995)
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.1 Emanazione di atti di indirizzo regionali di carattere strategico e/o tecnico
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 Offerta gratuita di vaccino anti HPV alla coorte femminile 2005	
OS01IS01	vaccinazione HPV coorte femminile 2005



OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT02 Implementazione del calendario vaccinale attraverso tavoli intersettoriali, accordi con enti locali e terzo settore e favorendo processi partecipativi con la popolazione target.	
OT02IT02	Accordi intersettoriali
CICLO DI VITA	età adulta; donne in età fertile
SETTING	comunità; servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

Per quello che concerne la vaccinazione anti HPV, alla luce delle indicazioni contenute nel Nuovo Calendario per la Vita, edizione 2019, della recente circolare ministeriale n. 33045 del 12.11.2019 (Vaccinazioni raccomandate per le donne in età fertile e in gravidanza. Aggiornamento novembre 2019) e tenuto conto dell'attuale crescita nella popolazione giovanile delle problematiche interenti la sfera delle malattie sessualmente trasmissibili, si propone di estendere la gratuità della vaccinazione anti HPV a maschi e femmine fino ai 25 anni di età (coorti di età a partire dall'anno di nascita 1995), con chiamata attiva.

La coorte femminile interessata da tale offerta è esclusivamente quella relativa all'anno di nascita 1995 perchè le successive sono già sottoposte a offerta attiva gratuita nell'epoca in cui erano dodicenni.

L'eventuale vaccinazione gratuita delle femmine nel corso dei 25 anni di età potrebbe essere offerta attivamente (come indicato anche nel Nuovo Calendario per la Vita, edizione 2019) in occasione della chiamata al primo screening per la citologia cervicale (25 anni). Tale sinergia potrebbe rappresentare un potenziamento di entrambe le attività.

AZIONE EQUITY

PROGRAMMA	PL14
TITOLO AZIONE (2 di 2)	Ripresa ed implementazione della campagna vaccinale anti Zoster
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.1 Emanazione di atti di indirizzo regionali di carattere strategico e/o tecnico
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS02 offerta, con chiamata attiva, della vaccinazione anti Herpes Zoster a partire dalla coorte 1954	
OS02IS02	Vaccinazione anti Herpes Zoster
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT04 Revisione ed implementazione di materiale informativo, anche multilingua, sul calendario vaccinale	
OT04IT05	Comunicazione ed informazione
CICLO DI VITA	età adulta; terza età
SETTING	comunità; servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

Per quello che riguarda la vaccinazione anti Herpes Zoster, è necessario premettere che la campagna vaccinale avviata nel 2019 ha avuto un rallentamento sostanziale con l'avvento della pandemia da Sars CoV2, motivo per il quale non è stato possibile raggiungere gli obiettivi vaccinali prefissati. L'adozione di



questa azione specifica si prefigge di riprendere la campagna vaccinale nel più breve tempo possibile con due target:

- chiamata attiva dei nati a partire dalla coorte del 1954 (ovvero la coorte per la quale la vaccinazione non è stata completata a motivo della pandemia), con invito ad personam e fornitura di materiale informativo, a cura dei Centri Vaccinali del Dipartimento Unico di Prevenzione
- sensibilizzazione dei Direttori di UOC ospedaliera, a cura del Dipartimento Unico di Prevenzione, sull'offerta della vaccinazione anti Zoster ai soggetti fragili o immunocompromessi, afferenti alle loro strutture, da indirizzare successivamente ai Centri Vaccinali del Dipartimento

MONITORAGGIO DELL'AZIONE EQUITY-ORIENTED

OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Riduzione dei casi di Herpes zoster nelle classi di età over 50 mediante incremento della vaccinazione, a partire dal 2022 fino al 2025
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	<ul style="list-style-type: none"> - chiamata attiva dei nati a partire dalla coorte del 1954 (ovvero la coorte per la quale la vaccinazione non è stata completata a motivo della pandemia), con invito ad personam e fornitura di materiale informativo, a cura dei Centri Vaccinali del Dipartimento Unico di Prevenzione - sensibilizzazione dei Direttori di UOC ospedaliera, a cura del Dipartimento Unico di Prevenzione, sull'offerta della vaccinazione anti Zoster ai soggetti fragili o immunocompromessi, afferenti alle loro strutture, da indirizzare successivamente ai Centri Vaccinali del Dipartimento - collaborazione con gli enti locali e le associazioni del terzo settore per la campagna informativa ed il superamento di eventuali resistenze culturali e/o sociali
ATTORI COINVOLTI	Asrem, MMG, Ospedale, Dipartimento di Prevenzione, Comuni, Associazioni
INDICATORE	Numero di casi notificati di Herpes Zoster <ul style="list-style-type: none"> • Formula: Numero di casi notificati di Herpes Zoster • Standard riduzione • FontelSS
OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Riduzione dei casi di Herpes zoster nelle classi di età over 50 mediante incremento della vaccinazione, a partire dal 2022 fino al 2025
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	<ul style="list-style-type: none"> - chiamata attiva dei nati a partire dalla coorte del 1954 (ovvero la coorte per la quale la vaccinazione non è stata completata a motivo della pandemia), con invito ad personam e fornitura di materiale informativo, a cura dei Centri Vaccinali del Dipartimento Unico di Prevenzione - sensibilizzazione dei Direttori di UOC ospedaliera, a cura del Dipartimento Unico di Prevenzione, sull'offerta della vaccinazione anti Zoster ai soggetti fragili o



	immunocompromessi, afferenti alle loro strutture, da indirizzare successivamente ai Centri Vaccinali del Dipartimento - collaborazione con gli enti locali e le associazioni del terzo settore per la campagna informativa ed il superamento di eventuali resistenze culturali e/o sociali
ATTORI COINVOLTI	Asrem, MMG, Ospedale, Dipartimento di Prevenzione, Comuni, Associazioni
INDICATORE	incremento copertura vaccinale
	<ul style="list-style-type: none">• Formula: numero di vaccinazioni effettuate• Standard incremento• Fonte ASReM

APPENDICE 1 ALLEGATI

Atto: DEC.COMSAN 2021/119 del 30-12-2021
Servizio proponente: DS.AA.02.5L.03
Copia Documento

APPENDICE 2 TABELLE DI SINTESI PER IL MONITORAGGIO DEI PP E DEI PL

INDICATORI TRASVERSALI

PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP01	Sviluppare/consolidare i processi intersettoriali con MIUR-USR e con Comuni, Enti, Istituzioni, Terzo settore e altri stakeholder, finalizzati alla governance integrata delle azioni condotte nel setting scuola valorizzando il ruolo e la responsabilità del Sistema Scolastico	PP01_OT01	Accordi intersettoriali (a)	Presenza di Accordo regionale formalizzato - almeno a valenza quinquennale - tra Regione e MIUR - USR finalizzato alla governance integrata per lo sviluppo del Modello di cui al documento "Indirizzi di policy integrate per la Scuola che Promuove Salute" (Accordo Stato Regioni 17.01.19)	Regione	1 Accordo entro il 2022		si			
PP01	Sviluppare/consolidare i processi intersettoriali con MIUR-USR e con Comuni, Enti, Istituzioni, Terzo settore e altri stakeholder, finalizzati alla governance integrata delle azioni condotte nel setting scuola valorizzando il ruolo e la responsabilità del Sistema Scolastico	PP01_OT01	Accordi intersettoriali (b)	presenza di Accordi con soggetti esterni al sistema sanitario che possono sostenere/contribuire alle azioni (es. ANCI, Associazioni di promozione sociale e/o Sportiva, ecc.)	Regione	Almeno 2 Accordi entro il 2025					2
PP01	Promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezze che favoriscano l'adozione da parte delle Scuole dell'"Approccio globale alla salute"; di cambiamenti sostenibili dell'ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo, per rendere facilmente adottabili scelte comportamentali favorevoli alla salute.	PP01_OT02	Formazione congiunta "Scuola – Sanità" per la condivisione del modello Scuole che Promuovono Salute	Presenza di offerta formativa per operatori sanitari, dirigenti/insegnanti sul modello Scuole che Promuovono Salute	Regione	Realizzazione di almeno 1 percorso formativo di carattere regionale, progettato e gestito insieme alla scuola		1			
PP01	Garantire opportunità di formazione a Dirigenti, Insegnanti, altro personale della Scuola, amministratori locali, agenzie educative e altri stakeholder	PP01_OT03	Formazione operatori sanitari, socio-sanitari, insegnanti e altri stakeholder	Presenza di offerta formativa, per operatori sanitari, sociosanitari, insegnanti e altri stakeholder, sui programmi/azioni/interventi di cui al "Documento regionale di pratiche raccomandate"	Regione	Realizzazione di almeno 1 percorso formativo di carattere regionale per ogni anno di vigenza del PRP		1	1	1	1
PP01	Costruire strumenti di comunicazione sulla Rete regionale di Scuole che Promuovono Salute (struttura, funzionamento, risultati raggiunti) e organizzare interventi di comunicazione ed informazione rivolti ai diversi stakeholder	PP01_OT04	Comunicazione per diffondere la conoscenza del modello Scuole che Promuovono Salute e i risultati raggiunti	Disponibilità e utilizzo di strumenti/materiali di comunicazione rivolti a scuole, genitori, enti locali, associazioni, ecc. per diffondere la conoscenza del modello Scuole che Promuovono Salute e i risultati raggiunti	Regione e MIUR – USR	Progettazione e produzione di almeno 2 strumenti/materiali (uno riguardante l'approccio e uno riguardante i risultati raggiunti) a carattere regionale entro il 2022 - realizzazione di almeno 1 iniziativa di comunicazione/diffusione dei risultati, ogni anno dal 2023 al 2025 - realizzazione di almeno 2 iniziative di comunicazione/diffusione (una riguardante l'approccio e una riguardante i risultati raggiunti) a livello regionale nel 2025		2	1	1	2
PP01	Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative	PP01_OT05	Lenti di equità	Adozione dell'HEA	Regione	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2021	si	si	si	si	si

Atto: DEC.COMSAN/119 del 30-12-2021
 Servizio proponente DS.AA.02.5L.03
 Copia Documento



PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP02	Sviluppare e consolidare processi intersettoriali attraverso la sottoscrizione di Accordi con Enti locali, Istituzioni, Terzo settore ed associazioni sportive e altri stakeholder per facilitare l'attuazione di iniziative favorevoli l'adozione di uno stile di vita attivo nei vari ambienti di vita (scuola, lavoro, comunità), il contrasto alla sedentarietà e la valorizzazione a tal fine degli spazi pubblici e privati	PP02_OT01	Accordi intersettoriali	Presenza di Accordi formalizzati tra Sistema Sanità e altri stakeholder	Regione	Almeno 1 Accordo regionale entro il 2022		1			
PP02	Promuovere il coinvolgimento multidisciplinare di operatori sanitari e non sanitari per la realizzazione di attività di sensibilizzazione e per l'attuazione di programmi di attività fisica e/o sportiva adattata all'età	PP02_OT02	Formazione intersettoriale	Presenza di offerta formativa comune per operatori sanitari (inclusi MMG e PLS) ed altri stakeholder	Regione	Realizzazione di almeno 1 percorso formativo per ogni anno di vigenza del Piano, a partire dal 2022		1	1	1	1
PP02	Organizzare percorsi di formazione al counseling breve per gli operatori del SSN coinvolti	PP02_OT04	Formazione sul counseling breve	Presenza di offerta formativa per gli operatori del SSN (inclusi MMG e PLS) finalizzata all'acquisizione di competenze sul counseling breve	Regione	Disponibilità di almeno 1 percorso formativo di carattere regionale, con chiara identificazione e quantificazione del target formativo, entro il 2022 - realizzazione di almeno 1 intervento di formazione per anno, a partire dal 2022		1	1	1	1
PP02	Costruire strumenti di comunicazione e organizzare interventi di comunicazione ed informazione, rivolti sia alla popolazione che ai diversi stakeholder	PP02_OT05	Comunicazione ed informazione	Disponibilità e realizzazione di interventi di comunicazione ed informazione rivolti sia alla popolazione sia ai diversi stakeholder	Regione	Realizzazione di almeno 1 intervento di comunicazione/informazione per anno, a partire dal 2022		1	1	1	1
PP02	Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto in termini di disuguaglianza delle azioni programmate	PP02_OT06	Lenti di equità	Adozione dell'HEA	Regione	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2021	si	si	si	si	si
PP03	Sviluppare collaborazioni intersettoriali finalizzate ad attivare il ruolo e la responsabilità, competente e consapevole, dei datori di lavoro nel riorientare le prassi organizzative e migliorare gli ambienti	PP03_OT01	Accordi intersettoriali finalizzati a diffusione/ sviluppo e sostenibilità del programma	Presenza di Accordi formalizzati	Regione	Almeno 1 Accordo di carattere regionale entro il 2022		1			
PP03	Garantire opportunità di formazione dei professionisti sanitari e medici	PP03_OT02	Formazione dei Medici Competenti al counseling breve	Presenza di offerta regionale di programmi formativi validati (anche FAD)	Regione	Realizzazione di almeno 1 percorso formativo entro il 2022		1			



Atto: DEC.COMSAN.2021/119 del 30-12-2021
 Servizio proponente: DS.AA.02.5L.3
 Copia Documento

PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP03	Promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezza che favoriscano cambiamenti sostenibili di prassi organizzative/famigliari per rendere facilmente adottabili scelte comportamentali favorevoli alla salute	PP03_OT03	Iniziative di marketing sociale per lavoratori, famiglie, datori, associazioni	Disponibilità e utilizzo di strumenti/materiali per iniziative di marketing sociale	Regione	Progettazione e produzione di strumenti/materiali per iniziative di marketing sociale entro il 2022 realizzazione di almeno un intervento di marketing sociale ogni anno a partire dal 2023		si	1	1	1
PP03	Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza dei datori di lavoro sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze di salute, delle prassi organizzative	PP03_OT04	Lenti di equità	Adozione dell'HEA	Regione	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2022	si	si	si	si	si
PP04	Sviluppare collaborazioni intersettoriali finalizzate ad attivare il ruolo e la responsabilità di tutti gli Attori, istituzionali e non, del territorio	PP04_OT01	Accordi intersettoriali	Presenza di accordi con soggetti esterni al sistema sanitario che possono sostenere/contribuire alle azioni del Programma (es. ANCI; Scuola; Prefetture e Forze dell'Ordine; altre istituzioni; Associazioni di Promozione sociale; Associazioni di categoria; espressioni della società civile; ecc.)	Regione	Almeno 1 accordo entro il 2022		1			
PP04	Garantire opportunità di formazione e aggiornamento professionale a Decisori, Policy maker, Amministratori locali, altri Stakeholder, Operatori di tutte le Agenzie e Organizzazioni educative e sociali presenti nel territorio	PP04_OT02	Formazione (A)	Disponibilità di un programma di formazione congiunta e intersettoriale, che preveda la partecipazione degli operatori dei servizi sanitari e socio sanitari (inclusi i MMG e i PLS) e di rappresentanze di tutti gli Attori coinvolti nella realizzazione delle azioni previste dal Programma, che includa il tema della progettazione partecipata di interventi interdisciplinari e intersettoriali.	Regione	Realizzazione di almeno un percorso formativo, ogni anno a partire dal 2022		1	1	1	1
PP04	Svolgere attività di formazione rivolta ai referenti istituzionali in materia di dipendenze basati su European drug prevention quality standards e EUPC Curriculum	PP04_OT03	Formazione (B)	Disponibilità di percorsi formativi per gli attori coinvolti su European drug prevention quality standards e EUPC Curriculum (programmi validati)	Regione	Almeno 1 percorso formativo, entro il 2022		1			
PP04	Svolgere attività di formazione sul counseling breve rivolte agli operatori dei servizi sanitari e socio-sanitari (inclusi MMG e PLS)	PP04_OT04	Formazione (C)	Disponibilità di un programma di formazione sul counseling breve rivolto agli operatori dei servizi sanitari e socio sanitari (inclusi i MMG e i PLS).	Regione	Realizzazione di almeno un percorso formativo ogni anno a partire dal 2022.		1	1	1	1
PP04	Promuovere la diffusione di conoscenze aggiornate (anche in ottica previsionale), competenze e consapevolezza che favoriscano l'adozione di un approccio integrato e cambiamenti sostenibili di prassi organizzative – sociali – educative per rendere facilmente adottabili scelte comportamentali favorevoli alla salute in ottica preventiva	PP04_OT06	Comunicazione ed informazione	Realizzazione di interventi di informazione e comunicazione sociale (compreso il marketing sociale) mirate a target e contesti specifici (ad es. amministratori, opinion leader, scuole, genitori, educatori sociali, operatori, associazioni, ecc.)	Regione	Progettazione e produzione di strumenti/materiali per iniziative di informazione e di comunicazione sociale entro il 2022 - almeno un intervento di comunicazione sociale, a carattere sperimentale, entro il 2023 - realizzazione di almeno un intervento di comunicazione sociale ogni anno a partire dal 2024		si	1	1	1



PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP04	Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto in termini di disuguaglianza delle azioni programmate	PP04_OT07	Lenti di equità	Adozione dell'HEA	Regione	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2021	si	si	si	si	si
PP05	Sviluppare e consolidare processi intersettoriali tra il settore salute e altri stakeholder (Ufficio Scolastico Regionale, Direzioni Regionali, Università, ANCI, Enti locali/Città Metropolitane/ Province, INAIL, Associazioni di categoria e gruppi di interesse, Privato sociale, Forze dell'ordine, Prefettura, Motorizzazione civile) per promuovere la cultura della sicurezza, in ambito domestico e stradale, anche attraverso linee di indirizzo condivise e pianificazione di azioni specifiche	PP05_OT01	Accordi intersettoriali	Presenza di accordi con soggetti esterni al sistema sanitario	Regione	Almeno 1 accordo entro il 2022, almeno 2 accordi entro il 2025;		1			2
PP05	Sviluppare le conoscenze e le competenze degli operatori, in particolare a quelli dedicati all'età pediatrica e anziana, coinvolti nei diversi setting	PP05_OT02	Formazione Operatori sanitari e sociosanitari – ambito età pediatrica	Presenza di offerta formativa per gli operatori sanitari (inclusi i MMG e i PLS) e sociosanitari finalizzata allo sviluppo della cultura della sicurezza degli ambienti domestici e della strada e alla crescita delle competenze genitoriali connesse alla prevenzione degli incidenti domestici e stradali in età infantile	Regione	Realizzazione di almeno 1 percorso formativo di carattere regionale per ogni anno di vigenza del Piano a partire dal 2022		1	1	1	1
PP05	Sviluppare le conoscenze e le competenze degli operatori, in particolare a quelli dedicati all'età pediatrica e anziana, coinvolti nei diversi setting	PP05_OT02	Formazione Operatori Sanitari e Sociosanitari – ambito anziani	Presenza di offerta formativa per gli operatori Sanitari e Sociosanitari (inclusi i MMG), i collaboratori familiari e i caregiver per la prevenzione degli incidenti negli ambienti domestici tra gli anziani, anche attraverso il corretto uso dei farmaci	Regione	Realizzazione di almeno 1 percorso formativo di carattere regionale per ogni anno di vigenza del Piano a partire dal 2022		1	1	1	1
PP05	Sviluppare le conoscenze e la percezione del rischio nella popolazione generale, con particolare riferimento alle fasce più a rischio	PP05_OT03	Comunicazione e informazione	Disponibilità di iniziative/strumenti/materiali di comunicazione per diffondere la cultura della sicurezza in ambiente domestico e sulla strada nelle comunità locali	Regione	Realizzazione di almeno 1 intervento di comunicazione/informazione per anno, a partire dal 2022		1	1	1	1
PP05	Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle azioni programmate	PP05_OT04	Lenti di equità	Adozione dell'HEA	Regione	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2021		si	si	si	si



PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP06	Sviluppare un confronto strutturato a livello regionale e territoriale, con Enti e Parti Sociali, su obiettivi e strumenti per le attività di prevenzione, controllo e informazione, nell'ambito del Comitato di Coordinamento di cui all'art. 7 del D.Lgs. 81/2008	PP06_OT01	Intersettorialità	Confronto nei tavoli territoriali, con le parti sociali e datoriali, strutturato all'interno del Comitato ex art 7 d.lgs 81/2008	Regione	Almeno 2 incontri annui (livello regionale/territoriale) con redazione dei relativi verbali		si	si	si	si
PP06	Organizzare percorsi di formazione per le aziende individuate e percorsi di formazione dei lavoratori e dei datori di lavoro	PP06_OT02	Formazione incentrata su metodologie efficaci di verifica della valutazione del rischio	Realizzazione, in ogni Regione, di iniziative di formazione specifica rivolta agli operatori delle ASL e alle figure aziendali della prevenzione	Regione	Almeno 1 iniziativa annuale (incontro/seminario/convegno)		1	1	1	1
PP06	Produrre report periodici relativi al monitoraggio dei rischi/danni da lavoro e alle iniziative di prevenzione realizzate	PP06_OT03	Comunicazione	Attività di restituzione dei risultati e diffusione di buone prassi in ordine all'approccio "sistemico" del rischio	Regione	Almeno 1 report annuale sulle attività svolte e sui risultati raggiunti		1	1	1	1
PP06	Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi	PP06_OT05	Lenti di equità	Adozione dell'HEA	Regione	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2021		si	si	si	si
PP07	Sviluppo delle collaborazioni e delle azioni integrate: intradipartimentali tra Istituzioni (MdS, INAIL, INL, NAS, ICQRF, MiPAAF, MiSE, MiIT, MLPS, MIUR, VVF) finalizzate agli obiettivi di prevenzione; tra parti sociali e stakeholder (EE.BB, Società Scientifiche, OO.SS. e Associazioni datoriali di settore); con Ordini e collegi professionali	PP07_OT01	Operatività Comitati di Coordinamento ex art 7	Confronto nei tavoli territoriali del Comitato ex art. 7 del d.lgs.81/08 con le parti sociali e datoriali su obiettivi e strumenti utilizzati per le attività di prevenzione, vigilanza e controllo, informazione	Regione	Almeno 2 incontri annui nei quali sia documentata la condivisione degli obiettivi e delle strategie dei PMP (livello regionale/territoriale con redazione dei relativi verbali)		2	2	2	2
PP07	Realizzazione di attività di formazione dei soggetti del sistema della prevenzione in agricoltura e in edilizia.	PP07_OT02	Formazione SSL rivolta agli operatori del settore edile per il contrasto del fenomeno infortunistico e tecnopatico	Attuazione di percorsi di formazione secondo i criteri definiti in ambito nazionale, rivolto agli operatori dei settori edilizia ed agricoltura e delle ASL per il contrasto del fenomeno infortunistico e tecnopatico	Regione	Almeno n. 3 iniziative/incontri/seminari/convegni all'anno		3	3	3	3
PP07	Realizzazione, aggiornamento e diffusione di buone pratiche e materiale documentale/informativo in edilizia ed agricoltura, in ordine all'approccio "sistemico" del rischio nei portali web istituzionali e in quelli degli stakeholder	PP07_OT06	Comunicazione dell'approccio al rischio	Realizzazione, aggiornamento e diffusione di buone pratiche e materiale documentale/informativo, anche tramite accordi interistituzionali, in ordine all'approccio "sistemico" del rischio, nei portali web istituzionali e in quelli degli stakeholder	Regione	Realizzazione di almeno 1 intervento di comunicazione/informazione per anno, a partire dal 2022		1	1	1	1
PP07	Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative	PP07_OT08	Lenti di equità	Adozione dell'HEA	Regione	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2021	si	si	si	si	si



PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP08	Confronto strutturato a livello regionale e territoriale, con Enti e Parti Sociali, su obiettivi e strumenti per le attività di prevenzione, controllo e informazione, nell'ambito del Comitato di Coordinamento di cui all'art. 7 del D.Lgs. 81/2008	PP08_OT02	Operatività Comitati di Coordinamento ex art 7	Confronto nei tavoli territoriali del Comitato ex. art. 7 del d.Lgs.81/08 con le parti sociali e datoriali su obiettivi e strumenti utilizzati per le attività di prevenzione, vigilanza e controllo, informazione	Regione	Almeno 2 incontri annui nei quali sia documentata la condivisione degli obiettivi e delle strategie dei PMP (livello regionale/territoriale con redazione dei relativi verbali)		si	si	si	si
PP08	Formazione degli operatori dei Servizi delle ASL su temi prioritari inerenti le metodologie di valutazione e gestione del rischio (cancerogeno, ergonomico, psicosociale), al fine di rendere più efficaci e proattive le attività di controllo e assistenza	PP08_OT03	Formazione incentrata su metodologie efficaci di verifica della valutazione del rischio	Realizzazione, in ogni Regione, di iniziative di formazione specifica rivolta agli operatori delle ASL e alle figure aziendali della prevenzione	Regione	Almeno 1 iniziativa annuale (incontro/seminario/convegno)		1	1	1	1
PP08	Elaborazione e diffusione di documenti tecnici relativi alla prevenzione dei rischi (cancerogeno, ergonomico, psicosociale)	PP08_OT05	Comunicazione dell'approccio al rischio	Realizzazione, aggiornamento e diffusione di buone pratiche e materiale documentale/informativo, anche tramite accordi interistituzionali, in ordine all'approccio "sistemico" del rischio, nei portali web istituzionali e in quelli degli stakeholder	Regione	Realizzazione di almeno 1 intervento di comunicazione/informazione per anno, a partire dal 2022		1	1	1	1
PP08	Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative	PP08_OT06	Lenti di equità	Adozione dell'HEA	Regione	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2021		si	si	si	si
PP09	Sviluppare/consolidare i processi intersettoriali con i portatori di interesse istituzionali e non, finalizzati alla governance integrata delle azioni in materia di ambiente, clima e salute in tutti i setting	PP09_OT01	Attività intersettoriali	Elaborazione di programmi di attività intra e inter istituzionali e di progetti multi ed inter disciplinari, intersettoriali e integrati su ambiente e salute, anche attuativi di accordi di programma/convenzioni previsti dal comma 2 dell'art. 7-quinquies DLgs 502/92	Regione	Almeno un programma/accordo entro il 2022		1			
PP09	Sviluppare/consolidare i processi intersettoriali con i portatori di interesse istituzionali e non, finalizzati alla governance integrata delle azioni in materia di ambiente, clima e salute in tutti i setting	PP09_OT01	Tavoli tecnici intersettoriali	Istituzione di tavoli tecnici regionali interistituzionali/intersettoriali/interdisciplinari per la definizione e la condivisione di percorsi e procedure integrate, basate su l'approccio One Health anche in coerenza con gli Accordi/Programmi intersettoriali di cui all'indicatore 1.	Regione	Costituzione di almeno un tavolo tecnico regionale entro il 2023			1		



PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP09	Promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezza che favoriscano l'adozione da parte della Comunità e degli operatori in ambito sanitario ed ambientale: di un "Approccio globale alla salute" di comportamenti ecosostenibili per rendere facilmente adottabili stili di vita e comportamenti favorevoli alla salute e per ridurre gli impatti diretti e indiretti dei cambiamenti climatici sulla salute, riducendo la settorialità delle conoscenze	PP09_OT02	Formazione Operatori Sanitari e Sociosanitari ed Operatori esterni al SSN	Disponibilità di un programma di interventi di formazione sui temi ambiente, clima e salute, compresa la valutazione di impatto ambientale e sanitario, epidemiologia ambientale e tossicologia ambientale, comunicazione del rischio, temi della valutazione e gestione del rischio chimico, ecc., per operatori interni al SSN (con particolare riferimento ai MMG, PLS) e operatori del SNPA, anche attraverso modalità via web (FAD)	Regione	Realizzazione di almeno un percorso formativo, ogni anno a partire dal 2022		1	1	1	1
PP09	Organizzare interventi di comunicazione ed informazione, rivolti sia alla popolazione che ai diversi stakeholder, con particolare riferimento agli aspetti della comunicazione del rischio	PP09_OT04	Iniziative/strumenti/materiali per informare e sensibilizzare la comunità e gli operatori sanitari sugli stili di vita ecosostenibili e la riduzione degli impatti diretti e indiretti dei cambiamenti climatici sulla salute	Disponibilità di almeno un programma di interventi di informazione e sensibilizzazione rivolti agli operatori sanitari ed al pubblico volti a promuovere stili di vita ecosostenibili e ridurre gli impatti diretti e indiretti dei cambiamenti climatici sulla salute	Regione	Realizzazione di almeno un intervento di informazione/sensibilizzazione per ogni anno, a partire dal 2022		1	1	1	1
PP09	Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative	PP09_OT05	Lenti di equità	Adozione dell'HEA	Regione	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2021	si	si	si	si	si
PP10	Sviluppare/consolidare i processi intersettoriali con strutture ospedaliere, aziende sanitarie, ARPA, IIZZSS, Ordini professionali/Federazioni, Comuni, Enti, Istituzioni, allevatori, operatori del settore alimentare e farmaceutico e altri stakeholder, finalizzati ad attivare il ruolo e la responsabilità per il contrasto dell'AMR	PP10_OT01	Tavoli tecnici intersettoriali	Istituzione di tavoli tecnici regionali interistituzionali/intersettoriali/interdisciplinari finalizzati ad attivare il ruolo e la responsabilità per il contrasto dell'AMR	Regione	Costituzione di almeno un tavolo tecnico regionale entro il 2022		1			
PP10	Promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezza che favoriscano l'adozione delle misure di contrasto dell'AMR nelle scuole di ogni ordine e grado, nei percorsi universitari e nell'aggiornamento continuo dei professionisti	PP10_OT02	Formazione sull'uso appropriato di antibiotici	Presenza di offerta formativa progettata e gestita insieme alla Scuola, alle Università e agli Ordini professionali	Regione	Realizzazione di almeno un percorso formativo di carattere regionale, entro il 2022		1			



Atto: DEC.COMSAN.2021/119 del 30-12-2021
 Servizio proponente: DSAA.025L.03
 Copia Documento

PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP10	Promuovere la consapevolezza da parte della comunità sull'uso appropriato degli antibiotici. Costruire strumenti di comunicazione e informazione, organizzare interventi mirati e specifici per i diversi stakeholder	PP10_OT03	Comunicazione sull'uso appropriato di antibiotici	Esistenza di un programma regionale annuale di informazione e comunicazione basato sulle evidenze, coordinato con le azioni nazionali e le indicazioni del PNCAR	Regione	Realizzazione annuale del programma di comunicazione		si	si	si	si
PP10	Orientare gli interventi per garantire l'equità nel Paese aumentando la consapevolezza nelle diverse comunità, nella popolazione e nelle categorie maggiormente a rischio	PP10_OT04	Lenti di equità	Adozione dell'HEA	Regione	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2021	si	si	si	si	si
PL11	Individuazione di Enti e Associazioni per la definizione di una Rete della Prevenzione.	PL11_OT02	Accordi intersettoriali (b)	presenza di Accordi con soggetti esterni al sistema sanitario che possono sostenere/contribuire alle azioni (es. ANCI, Associazioni di promozione sociale e/o Sportiva, ecc.)	Regione	Almeno 2 Accordi entro il 2025					2
PL11	Individuazione di Enti e Associazioni per la definizione di una Rete della Prevenzione.	PL11_OT02	Accordi intersettoriali	Presenza di Accordi formalizzati tra Sistema Sanità e altri stakeholder	Regione	Almeno 1 Accordo regionale entro il 2022		1			
PL11	Integrazione di interventi di promozione della salute e degli stili di vita nell'ambito degli screening oncologici	PL11_OT05	Accordi intersettoriali	Presenza di accordi con soggetti esterni al sistema sanitario	Regione	Almeno 1 accordo entro il 2022, almeno 2 accordi entro il 2025;		1			2
PL11	Formazione degli operatori dello screening, operatori sanitari e del terzo settore	PL11_OT03	Formazione (A)	Disponibilità di un programma di formazione congiunta e intersettoriale, che preveda la partecipazione degli operatori dei servizi sanitari e socio sanitari (inclusi i MMG e i PLS) e di rappresentanze di tutti gli Attori coinvolti nella realizzazione delle azioni previste dal Programma, che includa il tema della progettazione partecipata di interventi interdisciplinari e intersettoriali.	Regione	Realizzazione di almeno un percorso formativo, ogni anno a partire dal 2022		1	1	1	1
PL11	Promuovere campagne di informazione rivolte alla cittadinanza e agli operatori	PL11_OT04	Comunicazione e informazione	Disponibilità di iniziative/strumenti/materiali di comunicazione per diffondere la cultura della sicurezza in ambiente domestico e sulla strada nelle comunità locali	Regione	Realizzazione di almeno 1 intervento di comunicazione/informazione per anno, a partire dal 2022		1	1	1	1
PL11	Orientare gli interventi a criteri di equità; aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative	PL11_OT01	Lenti di equità	adozione dell'HEA	Regione	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2022	si	si	si	si	si
PL12	Promozione del benessere nei primi 1000 giorni di vita e sostegno alla genitorialità attraverso tavoli intersettoriali, accordi con enti locali e terzo settore e favorendo processi partecipativi con la popolazione target.	PL12_OT02	Accordi intersettoriali finalizzati a diffusione/sviluppo e sostenibilità del programma	Presenza di Accordi formalizzati	Regione	Almeno 1 Accordo di carattere regionale entro il 2022		1			



PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PL12	Realizzazione di percorsi formativi sui determinanti della salute dei bambini	PL12_OT03	Formazione (A)	Disponibilità di un programma di formazione congiunta e intersettoriale, che preveda la partecipazione degli operatori dei servizi sanitari e socio sanitari (inclusi i MMG e i PLS) e di rappresentanze di tutti gli Attori coinvolti nella realizzazione delle azioni previste dal Programma, che includa il tema della progettazione partecipata di interventi interdisciplinari e intersettoriali.	Regione	Realizzazione di almeno un percorso formativo, ogni anno a partire dal 2022		1	1	1	1
PL12	Revisione, traduzione multilingue e distribuzione in luoghi sensibili di materiale informativo sui determinanti la salute del bambino 0-2 anni	PL12_OT04	Comunicazione ed informazione	Realizzazione di interventi di informazione e comunicazione sociale (compreso il marketing sociale) mirate a target e contesti specifici (ad es. amministratori, opinion leader, scuole, genitori, educatori sociali, operatori, associazioni, ecc.)	Regione	Progettazione e produzione di strumenti/materiali per iniziative di informazione e di comunicazione sociale entro il 2022 - almeno un intervento di comunicazione sociale, a carattere sperimentale, entro il 2023 - realizzazione di almeno un intervento di comunicazione sociale ogni anno a partire dal 2024		si	1	1	1
PL12	Orientare gli interventi a criteri di equità; aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative	PL12_OT01	Lenti di equità	adozione dell'HEA	Regione	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2022	si	si	si	si	si
PL13	Instaurare un confronto sulle tematiche della dieta sana e sostenibile, la riduzione dello spreco e la promozione dei prodotti locali con gli Enti Locali e Portatori d'interesse	PL13_OT02	sottoscrizione di accordi con Enti Locali e portatori d'interesse per la promozione di una dieta sana	n. accordi sottoscritti con Enti Locali e portatori d'interesse per la promozione di una dieta sana	Regione	20		2	4	10	20
PL13	Attuare programmi di formazione annuali diretti al personale addetto al controllo ufficiale, al personale sanitario a vario titolo coinvolto nelle tematiche dell'alimentazione e nutrizione, agli operatori del settore alimentare	PL13_OT03	Formazione (A)	Disponibilità di un programma di formazione congiunta e intersettoriale, che preveda la partecipazione degli operatori dei servizi sanitari e socio sanitari (inclusi i MMG e i PLS) e di rappresentanze di tutti gli Attori coinvolti nella realizzazione delle azioni previste dal Programma, che includa il tema della progettazione partecipata di interventi interdisciplinari e intersettoriali.	Regione	Realizzazione di almeno un percorso formativo, ogni anno a partire dal 2022		1	1	1	1
PL13	Realizzare campagne informative/formative dirette ai consumatori in tema di sicurezza alimentare, tutela della salute e promozione di stili alimentari sani	PL13_OT04	Comunicazione ed informazione	Realizzazione di interventi di informazione e comunicazione sociale (compreso il marketing sociale) mirate a target e contesti specifici (ad es. amministratori, opinion leader, scuole, genitori, educatori sociali, operatori, associazioni, ecc.)	Regione	Progettazione e produzione di strumenti/materiali per iniziative di informazione e di comunicazione sociale entro il 2022 - almeno un intervento di comunicazione sociale, a carattere sperimentale, entro il 2023 - realizzazione di almeno un intervento di comunicazione sociale ogni anno a partire dal 2024		si	1	1	1



PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PL13	Orientare gli interventi a criteri di equità; aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative	PL13_OT01	Lenti di equità	adozione dell'HEA	Regione	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2022	si	si	si	si	si
PL14	Implementazione del calendario vaccinale attraverso tavoli intersettoriali, accordi con enti locali e terzo settore e favorendo processi partecipativi con la popolazione target.	PL14_OT02	Accordi intersettoriali	Presenza di Accordi formalizzati tra Sistema Sanità e altri stakeholder	Regione	Almeno 1 Accordo regionale entro il 2022		1			
PL14	Implementazione del calendario vaccinale attraverso tavoli intersettoriali, accordi con enti locali e terzo settore e favorendo processi partecipativi con la popolazione target.	PL14_OT02	Accordi intersettoriali finalizzati a diffusione/sviluppo e sostenibilità del programma	Presenza di Accordi formalizzati	Regione	Almeno 1 Accordo di carattere regionale entro il 2022		1			
PL14	Realizzazione di percorsi formativi per l'implementazione dal calendario vaccinale	PL14_OT03	Formazione (C)	Disponibilità di un programma di formazione sul counseling breve rivolto agli operatori dei servizi sanitari e socio sanitari (inclusi i MMG e i PLS).	Regione	Realizzazione di almeno un percorso formativo ogni anno a partire dal 2022.		1	1	1	1
PL14	Revisione ed implementazione di materiale informativo, anche multilingua, sul calendario vaccinale	PL14_OT04	Comunicazione ed informazione	Realizzazione di interventi di informazione e comunicazione sociale (compreso il marketing sociale) mirate a target e contesti specifici (ad es. amministratori, opinion leader, scuole, genitori, educatori sociali, operatori, associazioni, ecc.)	Regione	Progettazione e produzione di strumenti/materiali per iniziative di informazione e di comunicazione sociale entro il 2022 - almeno un intervento di comunicazione sociale, a carattere sperimentale, entro il 2023 - realizzazione di almeno un intervento di comunicazione sociale ogni anno a partire dal 2024		si	1	1	1
PL14	Orientare gli interventi a criteri di equità; aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative	PL14_OT01	Lenti di equità	adozione dell'HEA	Regione	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2022	si	si	si	si	si



INDICATORI SPECIFICI

PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP01	Predisporre un Documento regionale descrittivo dei programmi preventivi orientati alle life skills e delle azioni/interventi per facilitare l'adozione competente e consapevole di comportamenti e stili di vita sani attraverso il cambiamento dell'ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo (c.d. "Documento regionale di pratiche raccomandate")	PP01_OS02	Documento regionale che descrive i programmi preventivi orientati alle life skills e le azioni/interventi per facilitare l'adozione competente e consapevole di comportamenti e stili di vita sani attraverso il cambiamento dell'ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo ("Documento regionale di pratiche raccomandate")	presenza	Regione	disponibilità di 1 Documento entro il 2022, con possibili aggiornamenti annuali		si			
PP01	Predisporre un Documento regionale descrittivo dei programmi preventivi orientati alle life skills e delle azioni/interventi per facilitare l'adozione competente e consapevole di comportamenti e stili di vita sani attraverso il cambiamento dell'ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo (c.d. "Documento regionale di pratiche raccomandate")	PP01_OS02	Sistema regionale per il monitoraggio della realizzazione degli interventi di cui al "Documento regionale di pratiche raccomandate"	presenza	Regione	Progettazione/adattamento del sistema entro il 2022;Disponibilità e utilizzo del sistema ogni anno a partire dal 2023		si	si	si	si
PP01	Promuovere la cultura del lavoro in rete tra Scuole sviluppando/sostenendo la Rete regionale delle Scuole che Promuovono salute.	PP01_OS03	Rete regionale di Scuole che Promuovono Salute	presenza di 1 Rete regionale di "Scuole che Promuovono Salute" formalizzata da MIUR - USR	MIUR - USR.	Rete regionale formalizzata entro il 2022		si			
PP01	Diffondere l'adozione dell'"Approccio globale alla salute" nelle Scuole, promuovendo contestualmente la diffusione di modelli educativi e programmi preventivi orientati alle life skills e la realizzazione di azioni/interventi per facilitare l'adozione competente e consapevole di comportamenti e stili di vita sani attraverso il cambiamento dell'ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo	PP01_OS01	Istituti raggiunti dal Programma – Adesione alla Rete (* Per Istituto si deve intendere la Direzione Scolastica: quindi nell'anagrafe MIUR il codice meccanografico della relativa Scuola)	(N. Istituti scolastici * che aderiscono formalmente alla Rete con impegno a recepire l'"Approccio globale" e a realizzare gli interventi di cui al "Documento regionale di pratiche raccomandate") / (N. Istituti scolastici presenti sul territorio regionale) *100	Regione, Anagrafe MIUR ("Scuole in chiaro")	almeno il 10% entro il 2023; almeno il 20% entro 2024; almeno il 30% entro il 2025			10	20	30



PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP01	Diffondere l'adozione dell'“Approccio globale alla salute” nelle Scuole, promuovendo contestualmente la diffusione di modelli educativi e programmi preventivi orientati alle life skills e la realizzazione di azioni/interventi per facilitare l'adozione competente e consapevole di comportamenti e stili di vita sani attraverso il cambiamento dell'ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo	PP01_OS01	Scuole raggiunte dal Programma – Attuazione pratiche raccomandate	(N. Scuole* che realizzano almeno 1 intervento di cui al “Documento regionale di pratiche raccomandate”) / (N. Scuole presenti sul territorio regionale la cui Direzione Scolastica ha aderito alla Rete) *100 (* Per Scuole si deve intendere il plesso o la tipologia di indirizzo (es. liceo scientifico, liceo tecnologico, istituto agrario, ecc.): quindi nell'anagrafe MIUR i rispettivi codici meccanografici.)	Regione, Anagrafe MIUR (“Scuole in chiaro”)	almeno il 50%, ogni anno a partire dal 2022		50	50	50	50
PP01	Incrementare la diffusione di opportunità per svolgere attività motoria in ambito scolastico mediante l'attivazione strutturale di Pedibus, Pause attive, Playground.	PP01_OS04	Numero scuole raggiunte dai progetti di promozione dell'attività fisica.	N° di scuole raggiunte dai progetti di promozione dell'attività fisica	Scuola	almeno il 10% entro il 2023; almeno il 20% entro 2024; almeno il 30% entro il 2025			si	si	si
PP02	Favorire a livello regionale e locale la programmazione partecipata di interventi interdisciplinari ed intersettoriali	PP02_OS01	Programmi di promozione dell'attività fisica nella popolazione di ogni fascia di età	(N. Comuni che realizzano, anche in collaborazione con la ASL, almeno un programma di promozione dell'attività fisica per ciascuna fascia di età (Bambini e Adolescenti, Adulti, Anziani) o interventi integrati finalizzati alla creazione e alla valorizzazione di contesti urbani favorevoli alla promozione di uno stile di vita attivo) / (N. totale Comuni) * 100	Regione	20% Comuni entro il 2023; 50% Comuni entro il 2025			20		50
PP02	Favorire a livello regionale e locale la programmazione partecipata di interventi interdisciplinari ed intersettoriali	PP02_OS01	Programmi di promozione dell'attività fisica nella popolazione di ogni fascia d'età, con presenza di uno o più fattori di rischio, patologie specifiche o condizioni di fragilità (anziani)	(N. ASL sul cui territorio è attivo almeno un programma di esercizio fisico strutturato o di attività fisica adattata (AFA) rivolto alla popolazione di ogni fascia d'età con presenza di uno o più fattori di rischio, patologie specifiche o condizioni di fragilità (anziani)) / (N. totale ASL) *100	Regione	50% ASL entro il 2023; 100% ASL entro il 2025			50		100



PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP02	Implementare programmi/percorsi integrati volti alla riduzione dell'impatto dei fattori di rischio per un invecchiamento attivo e con ridotto carico di malattia e disabilità	PP02_OS02	Definizione di programmi integrati per un invecchiamento attivo	n. programmi integrati per un invecchiamento attivo attivati	ASReM/Regione	Il Gruppo di lavoro Individua best practice e definisce programmi integrati per un invecchiamento attivo. I programmi saranno implementati nel setting comunità Si procederà al monitoraggio degli interventi		no	si	si	si
PP02	Implementare programmi/percorsi integrati volti alla riduzione dell'impatto dei fattori di rischio per un invecchiamento attivo e con ridotto carico di malattia e disabilità	PP02_OS02	Implementazione di programmi integrati per un invecchiamento attivo	N. programmi/percorsi integrati attivati	ASReM/Regione	Implementazione dei programmi/percorsi integrati a partire dal 2023			si	si	si
PP02	Favorire a livello regionale e locale la programmazione partecipata di interventi interdisciplinari ed intersettoriali	PP02_OS01	Stratificazione della popolazione sulla base del rischio	Realizzazione di una piattaforma per l'inserimento dei dati riferiti a fattori di rischio e presenza di malattie croniche della popolazione molisana	ASReM/Regione	Creazione di un gruppo di lavoro per individuazione di criteri e procedure da mettere a sistema Integrazione con i nuovi progetti ai quali la Regione ha aderito Creazione di una piattaforma per l'inserimento dei dati Stratificazione della popolazione e individuazione priorità Azioni di contrasto alle disuguaglianze		si	si	si	si
PP03	Predisporre un Documento regionale descrittivo dei suddetti interventi (c.d. "Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili")	PP03_OS02	Documento regionale che descrive le Pratiche raccomandate e sostenibili che vengono proposte alle imprese-aziende/Pubbliche Amministrazioni/Aziende sanitarie e ospedaliere ("Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili")	presenza	Regione	disponibilità di 1 Documento entro il 2022 con possibili aggiornamenti annuali		si			
PP03	Predisporre un Documento regionale descrittivo dei suddetti interventi (c.d. "Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili")	PP03_OS02	Disponibilità di un sistema di monitoraggio regionale per la rilevazione della realizzazione degli interventi di cui al "Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili"	presenza	Regione	Progettazione/adattamento del sistema entro il 2022, disponibilità e utilizzo del sistema ogni anno a partire dal 2023		si	si	si	si



PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP03	Promuovere presso i luoghi di lavoro (pubblici e privati) l'adozione di interventi finalizzati a rendere gli ambienti di lavoro favorevoli alla adozione competente e consapevole di sani stili di vita	PP03_OS01	Luoghi di lavoro raggiunti dal Programma (a)	(N. sedi di aziende private/amministrazioni pubbliche, aderenti al Programma che realizzano almeno un intervento tra quelli previsti dal "Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili", per ciascuna area indicata nel Documento stesso) / (N. sedi di aziende private/amministrazioni pubbliche aderenti al Programma) *100	Regione	almeno il 10% entro il 2023; almeno il 20% entro il 2025			10		20
PP03	Promuovere presso i luoghi di lavoro (pubblici e privati) l'adozione di interventi finalizzati a rendere gli ambienti di lavoro favorevoli alla adozione competente e consapevole di sani stili di vita	PP03_OS01	Luoghi di lavoro raggiunti dal Programma (b)	(N. Aziende Sanitarie e Ospedaliere aderenti al Programma che realizzano almeno un intervento tra quelli previsti dal "Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili" per ciascuna area indicata nel Documento stesso) / (N. Aziende sanitarie e ospedaliere aderenti al Programma) *100	Regione	almeno il 20% entro il 2023; almeno il 50% entro il 2025			20		50
PP04	Attivare un sistema di monitoraggio del fenomeno, dei trend e dei modelli di intervento di maggiore successo a supporto della programmazione locale e delle decisioni politiche, tecniche e organizzative	PP04_OS01	Sistema di monitoraggio regionale	Attivazione e implementazione di un sistema di monitoraggio, con raccolta ed elaborazione dei dati relativi a trend di consumo e modelli di intervento sperimentati con esiti positivi	Regione	Progettazione /adattamento entro il 2022; Disponibilità e utilizzo entro il 2023		si	si		



PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP04	Diffondere modelli di intervento intersettoriali ed interdisciplinari, centrati su metodologie evidence based (quali life skills education e peer education) e “azioni raccomandate e sostenibili”, con approccio life course differenziato per genere e per setting	PP04_OS02	Copertura (target raggiunti dal Programma)	(N. Aziende Sociosanitarie che adottano Programmi di prevenzione universale e/o selettiva rivolti agli adolescenti e giovani, orientati allo sviluppo di empowerment e competenze personali rispetto al consumo di sostanze psicoattive legali e illegali e a fenomeni quali l'internet addiction, in setting extra scolastici come i luoghi del divertimento, lo sport, l'associazionismo) /n° Aziende Sociosanitarie del territorio)*100	Regione	almeno il 50% entro il 2023; almeno l'80% entro il 2024			50	80	
PP04	Progettare e attivare programmi di prevenzione universale e/o selettiva rivolti agli adolescenti e giovani, orientati allo sviluppo di empowerment e competenze personali rispetto al consumo di sostanze psicoattive legali e illegali e a fenomeni quali l'internet addiction, in contesti extrascolastici come i luoghi del divertimento, lo sport, l'associazionismo	PP04_OS03	Copertura (target raggiunti dal Programma)	(N. Aziende Sociosanitarie che adottano programmi di prevenzione indicata, anche finalizzati all'intervento precoce, declinati per specifici gruppi vulnerabili (quali gli adolescenti e le loro famiglie, le donne in gravidanza, gli over 65, gli stranieri) o a rischio aumentato/(n° Aziende Sociosanitarie del territorio)*100	Regione	almeno il 50% entro il 2023; almeno l'80% entro il 2024			50	80	
PP04	Progettare ed attivare programmi di prevenzione indicata, anche finalizzati all'intervento precoce, declinati per specifici gruppi vulnerabili (quali gli adolescenti e le loro famiglie, le donne in gravidanza, gli over 65, gli stranieri) o a rischio aumentato	PP04_OS04	Copertura (target raggiunti dal Programma)	(N. Aziende Sociosanitarie che attuano programmi di riduzione dei rischi e del danno rivolti a target vulnerabili o ad alto rischio non in contatto con i servizi) /(n° Aziende Sociosanitarie del territorio)*100	Regione	almeno il 50% entro il 2023 , almeno l'80% entro il 2025			50		80
PP04	Offrire programmi finalizzati alla riduzione del danno sia nell'ambito delle attività dei servizi territoriali per le dipendenze sia attraverso servizi specifici (come Unità di strada/presidi mobili e Drop in per la riduzione del danno e la limitazione dei rischi correlati al consumo di sostanze psicoattive), in coerenza con i nuovi LEA	PP04_OS05	Copertura (target raggiunti dal Programma)	(N. Aziende Sociosanitarie che attuano programmi di prevenzione del rischio di trasmissione di malattie infettive rivolti a target vulnerabili o ad alto rischio) /(n° Aziende Sociosanitarie del territorio)*100	Regione	almeno il 50% entro il 2023; almeno l'80% entro il 2025			50		80



PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP04	Attuare programmi di sensibilizzazione in materia di prevenzione del rischio di trasmissione di malattie infettive a gruppi di popolazione vulnerabili o con comportamenti ad alto rischio, anche in contesti non sanitari	PP04_OS06	Attuare programmi di sensibilizzazione in materia di prevenzione del rischio di trasmissione di malattie infettive	III	Regione	III			si		
PP05	Sviluppare/aumentare le competenze genitoriali connesse alla prevenzione degli incidenti domestici e stradali in età infantile	PP05_OS01	Piani Urbani di Mobilità Sostenibile (PUMS) *	(N. di Piani Urbani di Mobilità Sostenibile (PUMS) nei quali la ASL ha espresso un contributo nell'ambito del procedimento di VAS) / (N. totale di PUMS) *100	Regione	30% di PUMS entro il 2023; 80% di PUMS entro il 2025			30		80
PP05	Estendere/implementare strategie e azioni per promuovere la sicurezza negli ambienti domestici	PP05_OS02	Documento regionale che descrive i programmi preventivi orientati alle life skills e le azioni/interventi per facilitare l'adozione competente e consapevole di comportamenti e stili di vita sani attraverso il cambiamento dell'ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo ("Documento regionale di pratiche raccomandate")	presenza di Accordo regionale formalizzato - almeno a valenza quinquennale - tra Regione e MIUR - USR finalizzato alla governance integrata per lo sviluppo del Modello di cui al documento "Indirizzi di policy integrate per la Scuola che Promuove Salute" (Accordo Stato Regioni 17.01.19)	Regione	Disponibilità di 1 Documento entro il 2022, con possibili aggiornamenti annuali		si			
PP05	Sviluppare/aumentare le competenze genitoriali connesse alla prevenzione degli incidenti domestici e stradali in età infantile	PP05_OS01	Programmi di promozione dell'attività fisica nella popolazione di ogni fascia di età	(N. Comuni che realizzano, anche in collaborazione con la ASL, almeno un programma di promozione dell'attività fisica per ciascuna fascia di età (Bambini e Adolescenti, Adulti, Anziani) o interventi integrati finalizzati alla creazione e alla valorizzazione di contesti urbani favorevoli alla promozione di uno stile di vita attivo) / (N. totale Comuni) * 100	Regione	20% Comuni entro il 2023; 50% Comuni entro il 2025			20		50



PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP05	Sviluppare/aumentare le competenze genitoriali connesse alla prevenzione degli incidenti domestici e stradali in età infantile	PP05_OS01	Programmi di promozione dell'attività fisica nella popolazione di ogni fascia d'età, con presenza di uno o più fattori di rischio, patologie specifiche o condizioni di fragilità (anziani)	(N. ASL sul cui territorio è attivo almeno un programma di esercizio fisico strutturato o di attività fisica adattata (AFA) rivolto alla popolazione di ogni fascia d'età con presenza di uno o più fattori di rischio, patologie specifiche o condizioni di fragilità (anziani)) / (N. totale ASL) *100	Regione	50% ASL entro il 2023; 100% ASL entro il 2025			50		100
PP05	Sviluppare/aumentare le competenze genitoriali connesse alla prevenzione degli incidenti domestici e stradali in età infantile	PP05_OS01	Documento regionale che descrive le Pratiche raccomandate e sostenibili che vengono proposte alle imprese-aziende/Pubbliche Amministrazioni/Aziende sanitarie e ospedaliere ("Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili")	presenza	Regione	disponibilità di 1 Documento entro il 2022 con possibili aggiornamenti annuali		si			
PP06	Promuovere l'approccio proattivo dei Servizi ASL deputati alla tutela della salute e sicurezza del lavoratore orientato al supporto/assistenza alle imprese (ovvero ai datori di lavoro), al sostegno, alla autovalutazione e gestione dei rischi, al ruolo dei lavoratori (RLS) nell'organizzazione della salute e sicurezza aziendale, tramite l' attivazione di uno specifico Piano Mirato di Prevenzione (PMP) in "settori" specifici individuati in ciascuna Regione sulla base delle specificità territoriali (diversi dai comparti Edilizia e Agricoltura)	PP06_OS01	Progettazione e realizzazione, da parte di ogni Regione, di PMP rivolti ad aziende di settori produttivi diversi dai comparti Edilizia e Agricoltura	Formula: n. di PMP "attuati" * su aziende di settori produttivi diversi dai comparti Edilizia e Agricoltura (* Per attuazione del PMP si intende la completa esecuzione delle fasi ed attività indicate nello specifico paragrafo del MO4)	Regione	maggiore o uguale a 3					3
PP06	Verifica dell'adeguatezza dei percorsi formativi obbligatori per il lavoratori in materia di igiene e sicurezza sul lavoro, con particolare attenzione alla qualità della progettazione, della pianificazione e dell'erogazione degli eventi formativi	PP06_OS02	Verifica dell'adeguatezza della formazione obbligatoria per i lavoratori in materia di igiene e sicurezza sul lavoro	Verificare l'adeguatezza dei corsi formativi obbligatori per i lavoratori	Regione/ASREM	Aumentare l'adeguatezza dei percorsi formativi obbligatori per il lavoratori in materia di igiene e sicurezza sul lavoro, con particolare attenzione alla qualità della progettazione, della pianificazione e dell'erogazione degli eventi formativi		si	si	si	
PP06	Potenziamento attività di controllo in materia di REACH/CLP su sostanze chimiche/miscele contenute in fitosanitari, cosmetici, biocidi, detergenti e sostanze chimiche/miscele in genere pericolose per l'uomo e l'ambiente	PP06_OS03	Applicazione reg. REACH/CLP	Reg. REACH/CLP	REGIONE ASS. POLITICHE PER LA SALUTE	Applicare il regolamento REACH/CLP		si	si	si	si



PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP06	Promozione ed adozione di un approccio multidisciplinare che coinvolga le diverse figure della prevenzione, volto alla riduzione dei rischi connessi alla movimentazione dei carichi	PP06_OS04	Approccio multidisciplinare per ridurre i rischi connessi alla movimentazione dei carichi	Riduzione dei rischi connessi alla movimentazione dei carichi	Regione/ASREM	Riduzione dei rischi connessi alla movimentazione dei carichi attraverso la promozione e l'adozione di un approccio multidisciplinare che coinvolga le diverse figure della prevenzione.		si	si	si	si
PP07	Promozione delle attività di vigilanza, controllo e assistenza alle imprese anche applicando alle attività di controllo i principi dell'assistenza "empowerment" e dell'informazione; contrasto all'utilizzo di macchine ed attrezzature da lavoro non conformi o prive dei Requisiti Essenziali di Sicurezza e creazione della banca dati delle non conformità ai RES	PP07_OS01	Strategie di intervento per le attività di vigilanza, controllo, assistenza	Programmazione annuale dell'attività di vigilanza, controllo, assistenza	Regione	Report annuale dell'attività di vigilanza, controllo, assistenza in rapporto al numero di aziende agricole presenti sul territorio (privilegiando le micro imprese) e di aziende del commercio macchine anche nelle manifestazioni fieristiche e, per l'edilizia, al numero di notifiche preliminari significative (importo lavori maggiore di 30.000 euro) pervenute l'anno precedente		si	si	si	si
PP07	Definizione e applicazione di strategie di intervento (vigilanza e prevenzione) mirate al contrasto di un rischio e/o esposizione prioritari (ad esempio: caduta dall'alto/uso del trattore, uso di sostanze pericolose, contenimento dei rischi nei lavori stagionali) tramite l'attivazione in ciascuna Regione/ASL di uno specifico Piano Mirato di Prevenzione (PMP), di contrasto ad uno o più rischi specifici del settore edilizia ed agricoltura, individuato sulla base delle specificità territoriali e conformemente alle risorse e competenze disponibili	PP07_OS02	Piano Mirato di Prevenzione come misura di contrasto ad infortuni e malattie professionali	Definizione e applicazione di strategie di intervento (vigilanza e prevenzione) mirate al contrasto di un rischio e/o esposizione prioritari (ad esempio: caduta dall'alto)	Regione	2022: presenza documento di buone pratiche condivise e scheda di autovalutazione, strutturati secondo le specifiche del PMP, per ciascun comparto (edilizia e agricoltura); 2023: formazione degli operatori e assistenza alle imprese in merito ai contenuti del documento; 2024, 2025: monitoraggio dell'attuazione dei PMP nell'ambito dell'attività di vigilanza		si	si	si	si
PP07	Promozione della qualità, dell'appropriatezza e dell'efficacia della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica svolta dai medici competenti (artt. 25, 40, 41 e 42 Dlgs 81/08)	PP07_OS03	Sorveglianza Sanitaria Efficace	Promozione della qualità, dell'appropriatezza e dell'efficacia della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica svolta dai medici competenti (artt. 25, 40, 41 e 42 Dlgs 81/08)	Regione	(per tutti gli anni): realizzazione di un Report annuale (art. 40 Allegato 3B) - 2022: presenza documento di buone pratiche condivise inerente la sorveglianza sanitaria, per i comparti Edilizia e Agricoltura - 2023: formazione degli operatori dei servizi e dei medici competenti - 2024, 2025: verifica dell'applicazione delle buone pratiche nell'ambito dell'attività di vigilanza		si	si	si	si

Atto: DEC.COMSAN.2021/119 del 30-12-2021
Servizio proponente: DP.AA.02.5L.03
Copia Documento



PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP08	Definizione partecipata di strategie di intervento (controllo e assistenza) mirate al contrasto dei rischi specifici (cancerogeno, ergonomico, psicosociale) per favorire l'incremento dell'estensione e della omogeneità sul territorio nazionale delle attività di controllo, di informazione e di assistenza avvalendosi di strumenti efficaci, quali il Piano Mirato di Prevenzione (PMP)	PP08_OS01	Piano Mirato di Prevenzione come misura di contrasto ad infortuni e malattie professionali	presenza	Regione	2022: presenza documento di buone pratiche condivise e scheda di autovalutazione, strutturati secondo le specifiche del PMP, per ciascun rischio; 2023: formazione degli operatori e assistenza alle imprese in merito ai contenuti del documento;2024, 2025: monitoraggio dell'attuazione dei PMP nell'ambito dell'attività di vigilanza		si	si	si	si
PP08	Promozione della qualità, dell'appropriatezza e dell'efficacia della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica svolta dai medici competenti	PP08_OS02	Sorveglianza Sanitaria Efficace	Promozione della qualità, dell'appropriatezza e dell'efficacia della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica svolta dai medici competenti (artt. 25, 40, 41 e 42 Dlgs 81/08)	Regione	(per tutti gli anni): realizzazione di un Report annuale (art. 40 Allegato 3B): 2022: presenza documento di buone pratiche condivise inerente alla sorveglianza sanitaria;2023: formazione degli operatori dei servizi e dei medici competenti, 2024, 2025: verifica dell'applicazione delle buone pratiche nell'ambito dell'attività di vigilanza		si	si	si	si
PP09	Rafforzare e aggiornare le conoscenze e le competenze di tutti gli attori sanitari e degli stakeholder interessati e coinvolti	PP09_OS01	Accordi inter-istituzionali per il miglioramento della sorveglianza epidemiologica della popolazione residente nelle aree interessate da elevate criticità e pressioni ambientali	Stipula di almeno un Accordo, Attuazione degli Accordi	Regione	Stipula Accordo entro il 2022, Rispetto tempistiche ed attività previste dagli Accordi		si			
PP09	Rafforzare e aggiornare le conoscenze e le competenze di tutti gli attori sanitari e degli stakeholder interessati e coinvolti	PP09_OS01	Rete regionale integrata ambiente e salute	Realizzazione di una Rete regionale integrata ambiente e salute, costituita da operatori regionali del SSN e SNPA	Regione	Formalizzazione della rete entro il 2023			si		
PP09	Rafforzare e aggiornare le conoscenze e le competenze di tutti gli attori sanitari e degli stakeholder interessati e coinvolti	PP09_OS01	Indirizzi e criteri regionali per l'applicazione della VIS in procedimenti ambientali e in Piani e Programmai regionali	Formalizzazione di indirizzi e criteri regionali	Regione	Formalizzazione entro il 2023			si		
PP09	Sostenere la governance regionale in materia di ambiente, clima e salute	PP09_OS02	Programmazione e realizzazione interventi di controllo in materia di sicurezza chimica trasversale agli ambienti di vita e di lavoro, e su prodotti immessi sul mercato	Formalizzazione di un Programma annuale regionale di controllo in materia di sicurezza chimica, trasversale agli ambienti di vita e di lavoro, e su prodotti immessi sul mercato	Regione	Realizzazione annuale del Programma regionale di controllo		si	si	si	si
PP09	Promuovere la sicurezza e la tutela della salute di cittadini, lavoratori e consumatori	PP09_OS03	Piani Regionali per l'amianto	Formalizzazione del Piano Regionale Amianto	Regione	Approvazione del Piano Regionale Amianto entro il 2025					si



PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP09	Promuovere la sicurezza e la tutela della salute di cittadini, lavoratori e consumatori	PP09_OS03	Buone pratiche su obiettivi prestazionali sanitari e ambientali integrati per costruzioni/ristrutturazioni di edifici e relativi interventi di formazione specifica	Adozione di documento regionale riguardante le buone pratiche su obiettivi prestazionali sanitari e ambientali integrati - Realizzazione di interventi formativi specifici sulle buone pratiche	Regione	Adozione del documento regionale entro il 2023 - Realizzazione di almeno un intervento formativo entro il 2025			si		si
PP09	Promuovere la sicurezza e la tutela della salute di cittadini, lavoratori e consumatori	PP09_OS03	Urban health	Partecipazione a tavoli tecnici inter istituzionali di valutazione dei programmi/progetti dedicati a rigenerazione urbana/urban health/mobilità sostenibile ecc., finalizzati a promuovere ambienti "salutogenici"	Regione	rappresentanza socio-sanitaria in almeno un tavolo tecnico interistituzionale secondo la programmazione delle politiche regionali di sviluppo					si
PP09	Promuovere la sicurezza e la tutela della salute di cittadini, lavoratori e consumatori	PP09_OS03	Sviluppo dei sistemi informativi a livello territoriale per consentire lo scambio delle informazioni tra le autorità e gli enti coinvolti nella materia delle acque destinate al consumo umano	Realizzazione del sistema informativo	Regione	Realizzazione entro il 2025					si
PP09	Rafforzare e aggiornare le conoscenze e le competenze di tutti gli attori sanitari e degli stakeholder interessati e coinvolti	PP09_OS01	Integrazione delle informazioni derivanti da dati ambientali e sanitari per il miglioramento delle conoscenze su rischi ambientali e salute e loro relazioni	Sviluppo di un sistema informativo integrato	REGIONE ASS. POLITICHE PER LA SALUTE	Sviluppo di un sistema informativo regionale integrato ambiente e salute per la lettura combinata dei dati di monitoraggio/esposizione/effetto, anche ai fini della stima degli impatti sulla salute della popolazione.			si		
PP09	Consolidamento dei sistemi regionali di sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive	PP09_OS04	Consolidamento della sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive	Predisposizione atti formali di recepimento raccomandazioni per lo stato della sorveglianza delle malattie infettive	Regione/ASREM	Recepimento e aggiornamento delle raccomandazioni nazionali sulla sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive e integrazione dei flussi informativi.		si	si	si	si
PP10	Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCAR 2017-2020 e successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione	PP10_OS01	Sorveglianza e monitoraggio (a)	adesione regionale al sistema di sorveglianza dell'AMR in ambito umano, secondo le indicazioni del Ministero della Salute	Regione / ISS	SI (verifica annuale)		si	si	si	si



PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP10	Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCAR 2017-2020 e successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione	PP10_OS01	Sorveglianza e monitoraggio (b)	percentuale di strutture di ricovero pubbliche e private accreditate incluse nel sistema di sorveglianza dell'antibiotico-resistenza in ambito umano: (N. strutture di ricovero per acuti aderenti alla sorveglianza dell'AMR) / (N. totale delle strutture di ricovero per acuti) x 100	Regione / ISS	100% (entro il 2025, ma con verifica annuale di graduale aumento dell'adesione)		si	si	si	100
PP10	Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCAR 2017-2020 e successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione	PP10_OS01	Sorveglianza e monitoraggio (c)	Sviluppo di procedure regionali di accreditamento per i laboratori pubblici partecipanti alla sorveglianza, omogenee tra le Regioni	Regione	Si (entro 2023)			si		
PP10	Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCAR 2017-2020 e successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione	PP10_OS01	Sorveglianza e monitoraggio (d)_laboratori	% laboratori regionali (pubblici e privati) coinvolti nella sorveglianza dell'AMR su animali da produzione di alimenti e da compagnia	Regione	Elenco dei laboratori al 2022 e verifica annuale di aumento della percentuale annua di partecipazione entro il 2025.		si	si	si	si
PP10	Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCAR 2017-2020 e successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione	PP10_OS01	Sorveglianza e monitoraggio (d)_procedure	Sviluppo di procedure regionali omogenee per indagini intersettoriali in caso di individuazione di batteri patogeni resistenti negli esseri umani, negli animali e nei prodotti alimentari	Regione/IZS/CNR-LNR	SI (entro il 2023)			si		



PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP10	Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCAR 2017-2020 e successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione	PP10_OS01	Sorveglianza e monitoraggio dell'impiego degli antibiotici in ambito veterinario (d): A	Restituzione annuale, da parte della Regione alle Aziende Sanitarie, di informazioni relative al consumo di antibiotici in ambito umano e veterinario, al fine di ottemperare agli obiettivi di riduzione dei consumi previsti dal PNCAR e successive versioni. In ambito veterinario tali informazioni scaturiscono dal sistema di tracciabilità del farmaco veterinario e REV	Regione	Produzione Report annuale (a partire dal 2022)		si	si	si	si
PP10	Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCAR 2017-2020 e successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione	PP10_OS01	Sorveglianza e monitoraggio dell'impiego degli antibiotici in ambito veterinario (d): B	coordinamento delle attività del piano regionale residui a livello locale annuale del piano come previsto dal PNCAR	Regione	produzione report annuale		si	si	si	si
PP10	Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCAR 2017-2020 e successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione	PP10_OS01	Sorveglianza e monitoraggio dell'impiego degli antibiotici in ambito veterinario (d): C	promozione dell'applicazione degli strumenti informatici messi a disposizione dal Ministero per la definizione di DDDVET per gli antimicrobici e le categorie di animali produttori di alimenti	Regione/ASL/Ordini Professionali	almeno il 50% degli allevamenti deve essere monitorato con le DDDVET entro il 2025, con verifica annuale di graduale aumento di utilizzo		si	si	si	50
PP10	Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCAR 2017-2020 e successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione	PP10_OS01	Sorveglianza e monitoraggio dell'impiego degli antibiotici in ambito veterinario (d): D	Classificazione delle aziende zootecniche sulla base di indicatori di rischio attraverso specifici tool informatici messi a disposizione dal Ministero	Regione	100% (entro il 2025), con verifica annuale di graduale aumento dell'adesione)		si	si	si	100



PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP10	Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCAR 2017-2020 e successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione	PP10_OS01	Sorveglianza e monitoraggio (e)	% di strutture di ricovero in cui è stata effettivamente attivata la sorveglianza dei CRE, con un grado di copertura >90% (verificata attraverso lo “zero reporting” oppure attraverso l’incrocio con il flusso informatico regionale dei laboratori ove disponibile)	Regione/ISS	>90% (entro 2025), con verifica annuale di graduale aumento di utilizzo		si	si	si	90
PP10	Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCAR 2017-2020 e successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione	PP10_OS01	Sorveglianza e monitoraggio (f)	Partecipazione regionale ad almeno tre sorveglianze delle infezioni correlate all’assistenza, come da indicazioni del Ministero della Salute, definendo un piano progressivo di sviluppo della sorveglianza regionale	Regione/ISS	n. 3 sorveglianze (entro 2022)		3			
PP10	Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCAR 2017-2020 e successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione	PP10_OS01	Sorveglianza e monitoraggio (g)	Formula % di Comitati per il Controllo delle infezioni correlate all’assistenza (CC-ICA) che producono un report annuale sulle infezioni correlate all’assistenza: (N. CC-ICA che producono un report annuale sulle infezioni correlate all’assistenza / (N. totale CC-ICA) x 100	Regione	100% (ANNUALE)		100	100	100	100
PP10	Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCAR 2017-2020 e successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione	PP10_OS01	Promozione dell’applicazione di strumenti a supporto dell’attività di controllo ufficiale sull’uso appropriato degli antibiotici in ambito veterinario (a)	Offerta e realizzazione di iniziative, a livello di ASL, indirizzate agli operatori addetti ai controlli ufficiali mirate alla verifica dell’adozione da parte degli allevatori dell’uso appropriato di antibiotici secondo linee guida nazionali entro il 2025	Regione	100% Asl aderiscono alle iniziative entro il 2025					100

Atto: DEC.COMSAN.2021/119 del 30-12-2021
 Servizio proponente: DS.AA.02.5L.0
 Copia Documento



PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP10	Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCAR 2017-2020 e successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione	PP10_OS01	Promozione dell'uso appropriato di antibiotici in ambito veterinario (b):	Esistenza di iniziative regionali indirizzate agli stakeholder, per promuovere l'uso appropriato di antibiotici in ambito veterinario, coordinate con le azioni nazionali e secondo le indicazioni del PNCAR e le linee guida sull'uso prudente	Regione	almeno 1 iniziativa annuale		1	1	1	1
PP10	Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCAR 2017-2020 e successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione	PP10_OS01	Promozione dell'uso appropriato di antibiotici in ambito umano (c):	Esistenza di un team/gruppo multidisciplinare responsabile di programmi di Antimicrobial stewardship (AS) in tutte le Aziende sanitarie/Ospedali: (N Aziende sanitarie/Ospedali in cui è stato predisposto un programma di AS) / (N. totale Aziende sanitarie/Ospedali) x 100	Regione	100%, (entro il 2025)					100
PP10	Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCAR 2017-2020 e successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione	PP10_OS01	Prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) (a):	Esistenza di un Comitato per il controllo delle Infezioni correlate all'assistenza in tutti gli ospedali pubblici: (N. ospedali che hanno attivato un Comitato per il controllo delle Infezioni correlate all'assistenza) / (N. totale ospedali) x 100	Regione	100%, (entro il 2022)		100			
PP10	Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCAR 2017-2020 e successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione	PP10_OS01	Prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) (b):	Istituzione di un sistema regionale di monitoraggio del consumo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani: (N. ospedali che dispongono di una sorveglianza esaustiva del consumo di soluzione idroalcolica) / (N. totale di ospedali della Regione) x100	Regione	100% (entro 2024)				100	



PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP10	Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCAR 2017-2020 e successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione	PP10_OS01	Formazione sanitaria specifica sull'uso appropriato di antibiotici e la prevenzione delle ICA	% di Aziende che hanno inserito negli obiettivi formativi del PNCAR almeno un corso di formazione all'anno, su base residenziale o FAD, per medici, veterinari e farmacisti sul buon uso degli antibiotici e per tutti gli operatori sanitari sulla prevenzione delle ICA: (N.Aziende sanitarie in cui è stato predisposto almeno un corso di formazione all'anno) / (N. totale Aziende sanitarie) x 100	Regione	100% (entro 2024)				100	
PL11	Collaborazione con Enti e Associazioni per la definizione di una Rete della Prevenzione	PL11_OS01	Definizione di una Rete della Prevenzione	presenza di accordi con soggetti esterni al sistema sanitario che possono sostenere/contribuire alle azioni (ANCI, Associazioni di promozione sociale e/o sportiva ecc.)	Regione	Almeno 2 accordi firmati entro il 2025		si	si		si
PL11	Collaborazione con Enti e Associazioni per la definizione di una Rete della Prevenzione	PL11_OS01	Integrazione di interventi di promozione della salute nello screening	Definizioni documenti condivisi	Regione	Gruppo di lavoro intersettoriale lavorerà ad un documento condiviso per l'attuazione di interventi finalizzati alla promozione di corretti stili di vita		si	si	si	si
PL11	Garantire livelli di attività in grado di offrire lo screening della cervice uterina, nelle modalità previste, a tutta la popolazione eleggibile del programma e promozione della partecipazione delle donne per una scelta informata e consapevole	PL11_OS02	Copertura da esami screening cervice	N. di persone sottoposte al test di screening del tumore della cervice nell'anno di riferimento+adesioni spontanee/popolazione bersaglio annuale	ASReM	50%	si	si	si	si	si
PL11	Garantire livelli di attività in grado di offrire lo screening della cervice uterina, nelle modalità previste, a tutta la popolazione eleggibile del programma e promozione della partecipazione delle donne per una scelta informata e consapevole	PL11_OS02	Copertura da inviti screening cervice	N. persone invitate allo screening del tumore della cervice nell'anno di riferimento+adesioni spontanee/popolazione bersaglio annuale	ASReM	100% (+0-3%)	si	si	si	si	si
PL11	Modulare lo screening cervicale in base alla storia di vaccinazione per HPV. Permettere la valutazione della vaccinazione sulla base dei risultati dello screening	PL11_OS04	Linkage anagrafe regionale vaccinazione HPV e screening cervice	N. di donne correttamente classificate come vaccinate contro HPV/donne invitate allo screening cervicale	ASReM	100%		si	si	si	si



PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PL11	Garantire livelli di attività in grado di offrire lo screening del tumore della mammella, nelle modalità previste, a tutta la popolazione eleggibile del programma e promozione della partecipazione delle donne per una scelta informata e consapevole	PL11_OS05	Copertura da inviti screening mammella	N. di persone invitate a sottoporsi a screening per il tumore della mammella nell'anno di riferimento+adesioni spontanee/popolazione bersaglio annuale	ASReM	100% (0-3%)	si	si	si	si	si
PL11	Garantire livelli di attività in grado di offrire lo screening del tumore della mammella, nelle modalità previste, a tutta la popolazione eleggibile del programma e promozione della partecipazione delle donne per una scelta informata e consapevole	PL11_OS05	Copertura da esami screening mammella	N. di persone sottoposte al test di screening del tumore della mammella nell'anno di riferimento+adesioni spontanee/popolazione bersaglio annuale	ASReM	52%	si	si	si	si	si
PL11	Garantire livelli di attività in grado di offrire lo screening del tumore della mammella, nelle modalità previste, a tutta la popolazione eleggibile del programma e promozione della partecipazione delle donne per una scelta informata e consapevole	PL11_OS05	INTEGRAZIONE DEL PACS DELLE RADIOLOGIE CON I MAMMOGRAFI FISSI DEGLI OSPEDALI ED IL MAMMOGRAFO MOBILE	N. di mammografie eseguite sul mobile x anno ed inserite sul PACS/n. di mammografie totali eseguite sul mammografo mobile	ASREM	SI		si	si	si	100
PL11	Garantire livelli di attività in grado di offrire lo screening del tumore del colon-retto, nelle modalità previste, a tutta la popolazione eleggibile del programma e promozione della partecipazione degli uomini e delle donne, per una scelta informata e consapevole	PL11_OS06	Copertura da inviti screening colon-retto	N. di persone invitate a sottoporsi a screening del tumore del colon-retto nell'anno di riferimento+adesioni spontanee/popolazione bersaglio annuale	ASReM	100% (+0-3%)	si	si	si	si	si
PL11	Garantire livelli di attività in grado di offrire lo screening del tumore del colon-retto, nelle modalità previste, a tutta la popolazione eleggibile del programma e promozione della partecipazione degli uomini e delle donne, per una scelta informata e consapevole	PL11_OS06	Copertura da esami screening colon-retto	N. persone sottoposte al test di screening del tumore del colon-retto nell'anno di riferimento+adesioni spontanee/popolazione bersaglio annuale	ASReM	50%	si	si	si	si	si
PL11	Estendere lo screening oncologico per il tumore della mammella dai 45 ai 74 anni di età	PL11_OS07	Estensione screening oncologico per il tumore della mammella dai 45 ai 74 anni	Estensione della attività di screening alle nuove fasce di età	ASReM	Attività estesa alle nuove fasce d'età		si	si	si	si
PL12	Favorire l'integrazione e l'accesso ai servizi socio-sanitari (Consultori Familiari, Screening, Servizi Materno-Infantili) per l'accompagnamento delle neo famiglie nei primi 1000 giorni di vita	PL12_OS05	Presenza di linee d'indirizzo per l'accompagnamento delle neo famiglie nei primi 1000 giorni di vita	Presenza delle linee di indirizzo	Regione/ASREM	Definizione, stesura, pubblicazione e disseminazione delle linee di indirizzo			si	si	si



PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PL12	Implementazione dell'Agenda regionale della Gravidanza multilingue	PL12_OS06	Presenza dell'Agenda regionale della Gravidanza multilingue	Presenza Agenda della Gravidanza	Regione/ASREM	Definizione, stesura dell'Agenda della Gravidanza, tradotta in più lingue per facilitarne la comprensione anche alle donne di altre nazionalità, pubblicazione e implementazione nei consultori e nei servizi materno-infantili della regione.		si	si	si	
PL12	Promozione dell'allattamento al seno	PL12_OS07	Diffusione dell'allattamento al seno	Prevalenza di neo mamme che allattano al seno	Bilanci di salute pediatrici; Anagrafe Vaccinale regionale	Rilevazione annuale dati di prevalenza dell'allattamento al seno a 3 e 5 mesi (fonte dati anagrafe vaccinale regionale e bilanci di salute pediatrici con report annuale) e a 11 mesi (bilanci di salute pediatrici); stesura e diffusione di un documento multilingue, multidisciplinare e settoriale di buone pratiche a livello locale per la protezione, promozione e sostegno dell'allattamento al seno e per la diffusione di sani stili di vita; informazione ai professionisti e ai cittadini (via web e cartacea) sull'allattamento al seno e sui sani stili di vita; stesura e diffusione di pieghevoli informativi multilingue sulla prevenzione della morte improvvisa del lattante in culla – SIDS che vede, fra gli interventi, anche la promozione dell'allattamento.		si	si	si	si
PL12	Implementazione di un percorso di diagnosi prenatale delle malattie genetiche	PL12_OS08	Definizione di una flow chart per l'adesione delle gestanti al percorso di diagnosi prenatale delle malattie genetiche	Presenza di flow chart	Regione/ASREM	Il gruppo di lavoro intersettoriale che lavora al PL primi 1000 giorni, predisporrà, implementerà una flow chart del percorso di diagnosi prenatale delle malattie genetiche, verificherà i risultati raggiunti in termini di adesione al percorso mediante l'analisi dei dati e pubblicherà un report.		si	si	si	si
PL12	Implementazione dell'offerta delle attività dei CF sul territorio regionale	PL12_OS09	Aumento dell'offerta di servizi e attività dei CF	Numero medio di prestazioni consultoriali per 100 residenti	Regione/ASREM	Aumento			15		
PL12	Effettuare lo screening uditivo a tutti i nati nella Regione	PL12_OS10	Screening audiologico neonatale	N°neonati sottoposti a screening audiologo /(tutti neonati)x100	REGIONE ASS. POLITICHE PER LA SALUTE	sottoporre tutti i neonati allo screening audiologico		100	100	100	100
PL12	Effettuare lo screening oftalmologico neonatale a tutti i nati della Regione	PL12_OS11	Screening oftalmologico neonatale	N°neonati sottoposti a screening oftalmologico /(tutti neonati)x100	REGIONE ASS. POLITICHE PER LA SALUTE	Sottoporre tutti i neonati della regione Molise allo screening oftalmologico nei punti nascita		100	100	100	100
PL13	Migliorare il sistema di sorveglianza e gestione delle Malattie a Trasmissione Alimentare	PL13_OS01	Costituzione di un gruppo di lavoro tra servizi e organismi del sistema sanitario, con la finalità di ottimizzare indagini e controllo delle emergenze e di migliorare i sistemi di allerta	Servizi e organismi del sistema sanitario coinvolti nel Gruppo di lavoro/servizi e organismi previsti	Regione	100%		si	si	70	100



PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PL13	Migliorare l'offerta alimentare salutare nella ristorazione collettiva e pubblica	PL13_OS02	Percentuale di imprese alimentari appartenenti al settore della ristorazione che hanno ampliato la propria offerta includendo cibi/menù salutari	n. imprese alimentari appartenenti al settore della ristorazione che hanno ampliato la propria offerta includendo cibi o menù salutari/ imprese alimentari appartenenti al settore della ristorazione contattate	ASReM	10%			5	15	20
PL13	Sostenere i sistemi di sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione	PL13_OS03	Coordinamento dei sistemi di sorveglianza in età evolutiva e Sostegno ai sistemi di sorveglianza in età adulta e anziana	Report regionali sui risultati delle sorveglianze	Regione	100%					100
PL13	Promuovere una dieta sana e stili di vita salutari nei percorsi dedicati alle principali patologie croniche	PL13_OS04	Integrazione degli interventi a sostegno di sani stili di vita per la prevenzione MCNT	Report sulla realizzazione degli interventi integrati	ASReM	presenza			si	si	si
PL13	Garantire l'efficacia delle attività di Controllo Ufficiale da parte delle Autorità competenti	PL13_OS05	Programma di formazione regionale delle Autorità Competenti	Personale formato sugli specifici ambiti del CU/ personale addetto al CU*100	Regione	Il considerando 28 del Regolamento 625/2017, sui controlli ufficiali e sulle altre attività ufficiali effettuate per garantire l'applicazione della legislazione sugli alimenti e sui mangimi, delle norme sulla salute e sul benessere degli animali, sulla sanità delle piante, nonché sui prodotti fitosanitari ribadisce la necessità che il personale addetto ai controlli ufficiali e alle altre attività ufficiali riceva regolarmente formazione sulla legislazione applicabile, conformemente al suo ambito di competenza professionale, oltre che in merito agli obblighi derivanti dal Regolamento. Va pertanto garantita la formazione del 100% del personale addetto al CU e il periodico aggiornamento per il mantenimento della qualifica secondo le indicazioni del programma di formazione regionale.		si	si	si	100
PL14	Offerta gratuita di vaccino anti HPV alla coorte femminile 2005	PL14_OS01	vaccinazione HPV coorte femminile 2005	incremento copertura vaccinale	ASReM	N. vaccinazione eseguite			si	si	si
PL14	offerta, con chiamata attiva, della vaccinazione anti Herpes Zoster a partire dalla coorte 1954	PL14_OS02	Vaccinazione anti Herpes Zoster	incremento	ASReM	N. di vaccinazioni anti Herpes Zoster		si	si	si	si